

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

116

Année 1912

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALBERT LUBETZKI

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Paris, le 30 Mars 1887

DE LA

RÉSECTION DE L'ESTOMAC
dans l'Ulcère

ET SES SUITES (HÉMORRHAGIE, STÉNOSE)

Président : M. HARTMANN, *Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2,

1912



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N°

110

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALBERT LUBETZKI

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Paris, le 30 Mars 1887

DE LA

RÉSECTION DE L'ESTOMAC
dans l'Ulcère

ET SES SUITES (HÉMORRHAGIE, STÉNOSE)



Président : M. HARTMANN, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2,

1912

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		WEISS.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....		{ WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....		{ TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		N....
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		HARTMANN.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		LETULLE.
		ROGER.
		{ CHAUFFARD.
		{ GILBERT.
		{ DEBOVE.
		{ LANDOUZY.
		{ HUTINEL.
		{ GAUCHER.
		{ BALLET (Gilbert).
		{ DEJERINE.
		{ DELBET (Pierre).
		{ QUENU.
		{ RECLUS.
		{ SEGOND.
		{ DE LAPERSONNE.
		{ N....
		{ BAR.
		{ PINARD.
		{ RIBEMONT-DESSAIGNES.
		{ POZZI.
		{ KIRMISSON.
		{ ROBIN.
inique médicale.....		
Clinique des maladies des enfants.....		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		
Clinique des maladies nerveuses.....		
Clinique chirurgicale.....		
Clinique ophtalmologique.....		
Clinique des voies urinaires.....		
Clinique d'accouchements.....		
Clinique gynécologique.....		
Clinique chirurgicale infantile.....		
Clinique thérapeutique.....		

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT.	PROUST.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LERI.	REITTERER.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (André).	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GULLAIN	MAILLARD.	ROUVIERE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET.	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIER (F.).
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECENE.	OMBREDANNE.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MES PARENTS

AUX MIENS. A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur HARTMANN

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BICHAT
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et de ses suites est toujours à l'ordre du jour. La question revient périodiquement dans les débats des divers congrès de chirurgie nationaux et internationaux. Cette année même (1912), elle était discutée au XLI^e Congrès de la Société allemande de chirurgie. Les divergences actuelles portent surtout sur les avantages respectifs attribués par les auteurs au procédé de la gastro-entérostomie ou de la gastrectomie. Il nous a paru intéressant de recueillir dans la littérature médicale tous les cas actuellement publiés de résection pour ulcère non cancérisé et non perforé, et de faire, dans notre travail inaugural, une étude d'ensemble sur la valeur du traitement radical. Pour ne pas agrandir démesurément le cadre de notre ouvrage, nous nous sommes contenté de résumer nos 337 observations. Nous n'avons pas non plus cru devoir discuter à nouveau les indications du traitement chirurgical en général. De nombreux travaux ont, à l'heure actuelle, fixé le médecin sur sa valeur, et les opinions diffèrent; ce nous semble, beaucoup plus sur le procédé opératoire à mettre en œuvre que sur la nécessité d'une intervention dans des cas déterminés.

Nous ne pouvons terminer cette rapide introduction sans exprimer nos plus vifs remerciements à tous nos maîtres et surtout à ceux qui nous ont permis de nous initier à la pratique clinique pendant notre stage et notre externat : MM. Guinard (*in memoriam*), Faisans, Walther, Rénon, Desmoullins, Carnot, Netter ; MM. les Professeurs Reclus, Pinard et Gilbert.

Nous tenons à adresser l'hommage particulier de notre reconnaissance à M. le Professeur Hartmann, dont nous avons été l'ex-

terne pendant un an et qui nous a inculqué le goût de la chirurgie. Il nous a été d'un précieux secours dans le choix de notre thèse et a bien voulu nous laisser puiser, dans la riche moisson de documents qu'il a rassemblés, cinq observations inédites. Qu'il nous permette encore de lui adresser nos très vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait de vouloir présider notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Longtemps, les chirurgiens hésitèrent à intervenir sur l'estomac, effrayés par le danger de la septicémie et la crainte, à la vérité théorique, de l'action du suc gastrique sur les bords de la plaie opératoire, d'où devait résulter l'absence de cicatrisation. La littérature a recueilli quelques cas douteux d'interventions pour fermeture de fistules gastro-abdominales, avant l'opération que tenta publiquement, à Königsberg, le 9 juillet 1635, Daniel Schwaben et qui consista à ouvrir l'estomac d'un homme qui avait avalé un couteau. Cette audace fut couronnée de succès. Des libelles (1) et des dessins de cette époque attestent la curiosité et l'admiration des contemporains devant la nouvelle conquête de la chirurgie. Schwaben n'eut guère d'imitateurs, et il faut arriver au début du siècle dernier, avant de voir un chercheur comme Merrem (2) se livrer à des expériences sur l'estomac du chien, et admettre la possibilité d'intervenir en certaines occasions sur l'homme. Un nouveau progrès est réalisé en 1826, lorsque Lembert (3) publie sa méthode de suture intestinale. Dès 1869, Kussmaul (4) prédisait que l'avenir verrait les chirurgiens intervenir avec succès dans les sténoses du

(1) Le procès-verbal de l'opération a été reproduit in *Berl. klin. Wochenschrift*, 1883, p. 106.

(2) MERREM, *Animadversiones quædam chirurgicæ experimentis in animalibus factis illustratæ*. Giessæ, 1810.

(3) LEMBERT. *Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques*, « Sur l'entéropathie ».

(4) KUSSMAUL. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, t. 6, p. 485.

pylore. En 1876, Gussenbauer (1) et Winiwarter démontrent sur le chien la possibilité de réséquer le pylore, sans tuer l'animal, et de rétablir la continuité du tube digestif en accolant, à la manière de Lembert, les faces séreuses des parois gastrique et intestinale au moyen d'une suture. La crainte de l'action du suc gastrique sur la plaie était donc chimérique. D'après Gussenbauer, la sténose bénigne du pylore, consécutive à l'ulcère, paraissait surtout ressortir à l'opération. Czerny (2) et Kaiser (3) aboutirent à peu près aux mêmes conclusions. Aussi ne devait-on pas tarder à pratiquer la gastrectomie chez l'homme, en la réservant naturellement aux cas les plus graves.

L'état d'esprit des chirurgiens d'il y a 35 ans, reflété par Le Fort (4), dans le *Manuel* de Malgaigne, n'encourageait guère de pareilles « excentricités opératoires. » Pourtant le 9 avril 1879, Péan pratiqua le premier sur l'homme la résection d'un pylore cancéreux : le malade succomba. Rydygier répéta, sans plus de succès, la tentative, le 11 novembre 1880. A Billroth revient l'honneur d'avoir, le premier, réussi l'opération sur le vivant, d'en avoir indiqué la technique et de l'avoir même perfectionnée plus tard.

Rydygier, qui avait pratiqué la seconde pylorectomie pour tumeur maligne, devait réaliser le vœu de Kussmaul et de Gussenbauer en essayant, le 20 novembre 1881, la « première résection » de l'estomac pour ulcère rond, accompagné de sténose du pylore. « Ce sera la dernière, espérons, répondit-on dans la *Centralblatt f. Chirurgie*, qui rendait compte de l'observation. Pourtant la malade de Rydygier vivait 24 ans plus tard, vaquait régulièrement à ses occupations sans fatigue, sans régime spécial et avait contracté mariage. La méthode du chirurgien, qualifiée si sévèrement, devait, dans la suite, avoir de nombreux imitateurs. On en trouvera la liste, par ordre de date, dans le tableau de nos observations.

La première résection partielle de l'estomac pour ulcère a été

(1) GUSSENBAUER. *Archiv f. klin. Chirurg.*, 1876, t. 19, p. 347.

(2) KAISER. *Beiträge zu den Operationen am Magen*. Stuttgart, 1878.

(3) CZERNY. *Beiträge zur operativen Chirurgie*. Stuttgart, 1878, p. 93.

(4) LÉON LE FORT. *Man. de Méd. opérat.*, de MALGAIGNE, t. II, p. 420.

publiée par Czerny. Cet éminent chirurgien intervint, le 13 décembre 1882, chez un homme de 41 ans, pour des douleurs et vomissements incessants, et le malade, trois mois après l'opération, avait engraisé de 20 kilogrammes. En Allemagne, la gastrectomie atypique est désignée encore sous le nom de méthode de Czerny, et bien que Rodman attribue la paternité de la première opération de ce genre à Van Kleeef, on ne peut contester la priorité au chirurgien de Heidelberg, car si on lit attentivement l'observation de Van Kleeef, il résulte que ce dernier a en réalité pratiqué une pylorectomie annulaire, comme l'ont déjà remarqué avec raison Montprofit (1) et Guinard (2).

La cure chirurgicale de l'ulcère par la résection sous ses diverses formes, eut d'abord un succès assez considérable, et Mickulicz constate que cette opération fut plus fréquemment employée avant 1891 que les autres procédés, notamment la gastro-entérostomie et la pyloroplastie, mais bientôt elle fit place à ces dernières opérations, si bien que de 1891 à 1897 on ne pratiqua qu'une résection pour environ quatre gastro-entérostomies et cinq pyloroplasties. Mais il faut remarquer que même durant cette époque, le chiffre des résections augmente d'une façon absolue, parce que le nombre des interventions chirurgicales portant sur l'estomac s'accroît progressivement.

La méthode qui nous occupe fut discutée, dès son apparition, mais elle diffusa peu à peu dans tous les pays. En Angleterre, Mayo Robson ; en Amérique, Spear ; en Belgique, Lambotte ; en Suisse, Roux ; en Italie, Novaro ; en Suède, Lindstrom ; en Russie, Sarytchev paraissent avoir opéré les premiers.

En France, Montprofit utilisa la méthode dès 1898.

Peu à peu la gastrectomie est pratiquée dans les différentes formes d'ulcères. Quelques chirurgiens la perfectionnent en associant l'excision segmentaire à la pylorectomie, à la gastro-entérostomie, à la pyloroplastie. Avec les progrès de la chirurgie abdominale et spécialement de la chirurgie gastrique, les opérateurs se

(1) MONTPROFIT. *La gastrectomie*. Paris, 1908.

(2) GUINARD. In *Traité de chirurgie* LE DENTU-DELBET, t. XXIV, p. 279,

font plus audacieux et on applique à l'ulcère ces larges résections que l'on conseille pour la cure radicale du cancer.

Brenner, Riedel, Payr, etc., entreprennent, surtout pour l'ulcère calleux, la gastrectomie annulaire médio-gastrique. Ces différentes interventions nous amènent à la période toute contemporaine. Elles constituent des procédés très modernes, dont nous aurons l'occasion de parler. Bornons-nous à signaler, dès maintenant, que la méthode d'intervention directe sur la lésion ulcéreuse, que les chirurgiens paraissaient peu à peu abandonner, a retrouvé de chaleureux partisans dans ces dernières années, qui en font le traitement idéal de l'ulcère de l'estomac.

CHAPITRE II

Les divers procédés de gastrectomie et leur application dans l'ulcère en évolution et l'ulcère cicatrisé. — L'ulcère calleux.

La résection de l'ulcère comprend soit l'ablation d'une zone plus ou moins étendue de la paroi supportant l'ulcère, soit l'ablation de la lésion suivant un des procédés typiques de résection cylindrique de l'estomac. Nous n'avons pas l'intention, dans ce travail, de nous étendre sur la technique opératoire des divers procédés de résection employés par les chirurgiens. Ils sont, à l'heure actuelle, parfaitement décrits dans la plupart des traités de médecine opératoire : nous renvoyons notamment aux beaux ouvrages, consacrés à la matière, par Terrier et Hartmann (1), par Montprofit (2). Nous nous bornerons ici à faire un simple classement, avec définition, des modes opératoires usités par les chirurgiens pour la cure de l'ulcère.

I. — Gastrectomies typiques. — Elles comprennent les opérations où on excise en totalité un segment annulaire ou circonférentiel de l'estomac, en laissant deux orifices béants, l'un du côté du pylore et du duodénum, l'autre du côté du cardia.

La gastrectomie totale n'ayant jamais été pratiquée que nous sachions, pour ulcère, il faut distinguer seulement :

1° La gastrectomie annulaire partielle ;

(1) TERRIER et HARTMANN. *Chirurgie de l'estomac*. Paris, 1898.

(2) MONTPROFIT. *La gastrectomie*. Paris, 1908.

2° La Gastrectomie compliquée.

La GASTRECTOMIE ANNULAIRE PARTIELLE comprend :

A. La *pyloro-gastrectomie* ou résection plus ou moins étendue du pylore.

B. La *gastrectomie annulaire centrale*.

Nous laisserons de côté la cardio-gastrectomie dont nous n'avons pas d'observation dans nos cas.

A. *Pyloro-gastrectomie*. — On a eu recours aux divers procédés :

1° Procédé de Billroth, première manière, ou de Rydygier : suture de l'orifice duodénal à l'orifice gastrique rétréci soit par en haut (procédé primitif de Billroth), soit par en bas (Rydygier) ;

2° Procédé de Kocher : fermeture de l'estomac et abouchement de l'orifice duodénal à la paroi postérieure de l'estomac ;

3° Procédé de Van Hacker, Doyen, Krönlein : fermeture du duodénum et implantation de la tranche gastrique dans le jejunum ;

4° Procédé Billroth (deuxième manière) : fermeture du duodénum et de l'estomac, avec gastro-jejunostomie par le procédé de Wölfler, de Van Hacker ou de Roux. L'opération peut se faire également en deux temps (opération de Tuholske).

B. *Gastrectomie annulaire centrale* (gastrectomie annulaire médio-gastrique, *quere Magenresection* de Riedel. — Opération calquée sur la pyloro-gastrectomie, mais la résection porte sur la partie moyenne de l'estomac. On rétablit la continuité de l'organe par suture circulaire ; si les deux orifices sont de grandeur inégale, on rétrécit l'orifice trop large, à la Billroth ou à la Rydygier, ou, après avoir fermé les deux orifices, on établit une gastro-entérostomie sur le segment cardiaque.

La GASTRECTOMIE COMPLIQUÉE comprend les interventions dans lesquelles des adhérences avec les organes voisins nécessitent l'excision partielle de ces organes, associée à l'opération gastrique. Dans certains ulcères à tendance envahissante, on est souvent amené à poursuivre la lésion jusque dans la paroi abdominale, le colon transverse, le pancréas, la rate et il devient nécessaire, après avoir détruit les adhérences, de réséquer le parenchyme dégénéré.

II. — **Gastrectomies atypiques** (gastrectomies partielles, gas-

trectomies en plaque). — Elles consistent dans l'ablation d'une zone indurée, localisée sur une des faces ou des courbures de l'estomac (*segmentäre ou sektoräre Magenwandresektion* de Mikulicz). On distingue :

1° *L'excision simple* ou résection des lèvres de l'ulcère. Quelques auteurs ont excisé la lésion sans toucher à la couche séro-musculaire sous-jacente ;

2° *La résection vraie* de l'estomac ou ablation d'un segment de paroi gastrique, permettant de pratiquer l'ablation en tissu sain, condition propice à une bonne suture. On pratique l'opération : a) sur la face antérieure ; b) sur la face postérieure, par effondrement du méso-côlon transverse ou par voie transgastrique, après gastrotomie préalable ; c) sur les courbures ;

3° La résection combinée avec la gastro-entérostomie en un ou deux temps, avec la pyloroplastie, avec une opération typique, comme la pylorectomie ;

4° La résection accompagnée de plasties complémentaires à l'aide de lambeaux pédiculés, voilant les pertes de substance et rétablissant la forme normale de l'organe.

Les divers procédés opératoires de résection que nous venons d'énumérer ne s'adressent pas à des formes différentes de l'ulcère : ils sont commandés principalement par la localisation de l'ulcère aux divers points de l'estomac.

Les auteurs ont pratiqué la résection : 1° dans l'ulcère en évolution ; 2° dans l'ulcère cicatrisé.

L'ULCÈRE EN ÉVOLUTION comprend :

1° *L'ulcère simple* ;

2° *L'ulcère chronique*.

Les chirurgiens interviennent soit pour des symptômes directs de la maladie, douleurs persistantes, vomissements répétés, même après institution du régime lacté, anémie, cachexie, amaigrissement entraînant à la longue la tuberculose, soit pour des complications, perforations ou hémorrhagies abondantes et répétées (*ulcère perforé, ulcère hémorrhagique*).

L'ULCÈRE CICATRISÉ est surtout redoutable par ses conséquences : *sclérose interstitielle*, entraînant : 1° le rétrécissement du pylore ;

2° l'estomac biloculaire et *adhérences périphériques*, aboutissant à la périgastrite adhésive et surtout, dans l'ulcère des faces, aux formations calleuses.

Beaucoup d'auteurs considèrent en effet que l'ulcère cicatrisé peut aboutir à l'ulcère calleux. « Je considère, dit Montprofit, les cicatrices de l'estomac, comme une des phases de l'évolution de la curieuse maladie ulcéreuse qui se voit sur tout le tube digestif, et cette phase est intermédiaire entre l'ulcération proprement dite et la guérison ou à la tuméfaction inflammatoire périulcéreuse. »

L'ulcère calleux a été l'objet de tant de discussions au point de vue de son traitement, que nous ne croyons pas sortir de notre sujet, en en faisant une courte étude. Il diffère de l'ulcère mou en ce qu'il donne une sensation d'épaississement dur à la palpation, forme des adhérences avec les organes voisins et donne si souvent l'impression d'une tumeur, qu'on le confond souvent avec un cancer. Cliniquement, Hofmeister (1), qui a bien étudié cette forme en se basant sur un cas personnel et deux cas de Mikulicz et Billroth, lui donne la description suivante :

« La tumeur se développe lentement dans la région épigastrique gauche. Elle est cause de troubles gastriques d'intensité variable. Bientôt apparaissent des douleurs localisées en avant au niveau de la tumeur, sous formes de crises survenant après ingestion d'aliments. Il peut exister des vomissements et des hématemèses. L'examen du suc gastrique révèle la présence d'Hcl libre. L'état général est mauvais et le malade maigrit de façon notable. » Quand la tumeur est accolée à la paroi abdominale, on a pu faire, à tort, le diagnostic de tumeur de la paroi abdominale, adhérente à l'estomac (cas de Billroth). Hofmeister attribue la cause des douleurs et des troubles gastriques à la présence d'adhérences.

Schwarz (2), en se basant sur un chiffre de treize observations, dont trois personnelles, a proposé le nom d' « ulcère pénétrant. » Ce qui caractérise la lésion, selon lui, c'est qu'elle envahit les organes voisins. Ceux-ci sont mis à nu et corrodés par le suc gas-

(1) HOFMEISTER. *Beiträge z. klin. Chirurgie*, 1896, t. 15.

(2) SCHWARTZ. *Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1900.

trique : ainsi s'expliquent les douleurs atroces. Suivant le siège de l'ulcère et le tissu attaqué, il distingue un ulcère stomaco-abdominal, un ulcère stomaco-hépatique, un ulcère stomaco-pancréatique. Les cas recueillis par Schwarz concernent tous des femmes, et la durée de l'affection va depuis 5 mois jusqu'à 29 ans.

La description de Hofmeister s'applique, d'après l'auteur, à l'*ulcère stomaco-abdominal*. Le diagnostic est à faire avec le cancer de l'estomac, propagé secondairement à la paroi abdominale et une tumeur de la paroi abdominale, accolée à l'estomac. On éliminera le premier diagnostic en considérant la longue durée de l'affection, la présence d'Hcl libre dans le suc gastrique, et le second par l'interrogatoire, qui fera connaître l'existence préalable de troubles gastriques.

Schwarz posa le diagnostic d'ulcère stomaco-hépatique dans les deux cas qu'il put observer en se fondant sur les anamnestiques (symptômes d'ulcère) et une sensation de résistance douloureuse dans la région correspondant au lobe gauche du foie. Il attribue cette résistance, d'une part à la tension du muscle droit, d'autre part à l'altération du parenchyme hépatique.

Les ulcères stomaco-pancréatiques sont les plus fréquents, comme on pouvait le penser théoriquement, à cause de la fréquence du siège de l'ulcère à la paroi postérieure. Schwarz estimait que ces ulcères étaient d'un diagnostic difficile.

Petersen et Machol (1) frappés par la résistance qu'offre la lésion aux divers traitements qu'on lui oppose, lui donna le nom d'ulcère rebelle.

Brenner (2), frappé par la formation abondante de tissu fibreux-péri-ulcéreux, proposa la dénomination d'ulcère pénétrant calleux. Il attribue les douleurs à l'état inflammatoire du fond de l'ulcère, irrité chimiquement par le suc gastrique hyperacide, et mécaniquement par le brassage du bol alimentaire et les mouvements péristaltiques.

(1) PETERSEN et MACHOL. *Beiträge z. klin. Chirurgie*, t. 33.

(2) BRENNER. *Langenbeck's Archiv*, t. 69.

Schloffer (1), Stich (2) ayant observé des tumeurs à symptomatologie analogue à celle que nous avons décrite, où il était impossible de constater l'ulcère dans la paroi gastrique infiltrée, admettent que ces formes inflammatoires constituent un état transitoire à la cicatrisation et expliquent ainsi l'amélioration observée dans certains cas sous l'influence d'un traitement médical prolongé ou d'une simple intervention exploratrice. Il convient de noter que ces faits sont très rares.

Jedlicka (3) a montré que l'ulcère est souvent séparé de l'organe sous-jacent par un épaississement fibreux, d'où il serait possible de le libérer par une sorte de décapsulation. Cette coque peut du reste se perforer.

L'ulcère chronique de l'estomac peut aboutir à la formation de callosités sans contracter d'adhérences ni se perforer dans les organes voisins. Il ne mérite pas alors le nom d'ulcère pénétrant ; tel est le cas de l'ulcère calleux non compliqué de la petite courbure ou celui de l'ulcère localisé au pylore et aboutissant à la sténose pylorique.

En fait, les ulcères calleux ne constituent pas un groupe anatomo-pathologique uniforme ; ils se caractérisent principalement par la progression des lésions, leur longue durée, la difficulté du traitement.

Riedel (4) a attiré l'attention sur quelques points intéressants. Il a étudié l'ulcère siégeant à la petite courbure, à la paroi antérieure et postérieure de l'estomac et il remarque la fréquence de la localisation extrapylorique de la lésion (comme 3 est à 2), la multiplicité des ulcérations et leur caractère envahissant. L'infiltration gagne en profondeur et s'étend en surface, en longueur et largeur, modifiant profondément la configuration de l'estomac. Une ulcération lenticulaire, qui évolue dans la paroi antérieure ou postérieure, a pour conséquence une sténose en sablier ; l'ulcère de la

(1) SCHLOFFER, *Beiträge z. klin. Chirurgie*, t. 32.

(2) STICH, *Brüns' Beiträge z. klin. Chir.*, t. 40.

(3) JEDLICKA, *Z. oper. Chir., d. Magengeschw.*, Prag., 1904.

(4) RIEDEL, *Archiv f. klin. Chir.*, t. 74, 1904.

petite courbure, en fer à cheval sur les deux parois, rapproche si bien cardia et pylore, que le viscère prend la forme d'une bourse ; l'infiltration ulcéreuse de la portion cardiaque a pour conséquence un tube rigide auquel est appendu l'estomac. Seul l'ulcère, rare, de la grande courbure, lèse peu le viscère, parce qu'il dispose d'une large étoffe. On conçoit, au point de vue chirurgical, l'importance de l'envahissement d'une zone étendue de la paroi. Le premier coup de bistouri ouvre une large perte de substance, qu'il faudra combler, ce qui ne va pas sans de nombreuses difficultés.

Cliniquement, Riedel sépare l'ulcère de la région pylorique de celui de la région médiane. Dans le premier cas, la douleur spontanée ou provoquée siège sur la ligne médiane, quelquefois à gauche ; dans le second cas, la localisation est plus facile à déterminer. Même en l'absence de tumeur, la douleur à gauche, sous l'arc costal, ainsi que l'amaigrissement, permettra de porter un diagnostic. Il faut, bien entendu, que le malade ait présenté un long passé gastrique (renvois, vomissements, etc.). L'hématémèse n'est observée que dans la minorité des cas : les vomissements alimentaires d'origine réflexe sont beaucoup plus fréquents.

On reconnaîtra évidemment avec plus de facilité l'ulcère perforé dans la face inférieure du lobe gauche du foie, par la présence d'une tumeur à gauche, parfois même d'un abcès venu s'ouvrir à gauche de l'ombilic.

La tumeur due à la pénétration de l'ulcère dans le pancréas donne quelquefois la sensation d'une certaine résistance dans la profondeur ; de même quand la masse inflammatoire adhère à la rate.

Payr (1) a fait une excellente étude des altérations anatomo-pathologiques entraînées par l'ulcère calleux de l'estomac. Quelques points en sont particulièrement intéressants.

Comme Riedel, il insiste sur l'envahissement étendu de la paroi par le tissu fibreux et sur la tendance de la lésion à pénétrer dans les organes voisins de l'estomac. La tumeur peut se frayer un chemin dans le petit épiploon, qui se transforme en une lame sclé-

(1) PAYR. *Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie*, t. 39, 1910, p. 640.

reuse, dure, où les ganglions lymphatiques s'hypertrophient et forment couvercle à l'ulcère. L'irruption dans le méso-côlon transverse est rare, mais elle a une conséquence qu'il faut connaître en pratique : c'est d'envahir non seulement le feuillet antérieur mais aussi le feuillet postérieur du méso-côlon et de léser ainsi les gros vaisseaux nourriciers du gros intestin.

L'auteur s'est convaincu, par l'examen de ses pièces, de la pauvreté remarquable du tissu calleux en vaisseaux sanguins. S'il en existe quelques-uns, on constate que leur paroi est épaissie et leur lumière oblitérée.

Cependant, dès l'ouverture de l'abdomen, on est frappé par l'aspect de fins vaisseaux, vivement injectés, à coloration rouge clair plutôt que rouge bleuâtre, rampant sur la séreuse. Van Hacker avait déjà été frappé de cet état et le caractérisait de « rougeur inflammatoire. » Ce symptôme avait pour lui beaucoup de valeur, car il permettait d'éliminer le diagnostic d'ulcère cancéreux. Payr note que la turgescence des vaisseaux s'accroît pendant l'opération, sous l'influence des excitations mécaniques, chimiques, thermiques. Il s'agit, selon lui, de néo-vaisseaux développés à la surface de la tumeur. Cette vascularisation supplémentaire est un moyen de défense de l'organisme contre le mauvais état circulatoire du tissu calleux.

Les gros vaisseaux sont du reste gravement altérés et sur une grande étendue. La lumière des vaisseaux est extraordinairement étroite ; leur paroi très épaissie ; thrombose et endartérite amènent parfois l'oblitération du vaisseau. Les veines sont, de leur côté, atteintes d'endophlébite. Ces lésions siègent surtout sur les artères moyennes, mais de gros vaisseaux peuvent être intéressés, notamment les branches de la coronaire (dans les ulcères de la petite courbure), même les gastro-épiploïques dans les tumeurs de la région prépylorique ou dans l'estomac biloculaire.

L'examen aux rayons Röntgen des préparations injectées au moyen d'une pâte bismuthée, montre la présence des vaisseaux jusqu'au voisinage de l'ulcère, mais l'injection s'arrête sur la zone de la lésion. A ce niveau surtout, l'irrigation se fait mal. On en peut conclure, d'après Payr, que le stade tardif de l'ulcère calleux

prédispose moins à l'hémorrhagie que le stade jeune, et que l'ulcère peptique simple offre un danger d'hémorrhagie plus sérieux que l'ulcère à forme de tumeur.

La clinique confirme du reste que ces lésions évoluent souvent pendant de longues années sans hémorrhagies.

Il importe donc de savoir que si l'ulcère calleux peut guérir partiellement ou même se cicatriser, les altérations vasculaires ne régressent pour ainsi dire pas et la cicatrice de l'ulcère reste moins irriguée ; ce qui explique, avec la faible tendance de la lésion à la guérison, sa disposition aux récidives.

Nous laisserons de côté les autres considérations de l'auteur concernant la forme, la profondeur, la configuration, le nombre, etc., des lésions ainsi que les modifications de la forme de l'estomac et de ses annexes (épiploons, ganglions lymphatiques, etc.), soit que nous ayons déjà quelques notions à cet égard, soit qu'elles présentent un intérêt chirurgical assez médiocre.

Bornons-nous à signaler que l'ulcère calleux, parmi toutes les autres formes, se distingue par la fréquence de la transformation cancéreuse secondaire. Nous aurons, du reste, l'occasion de revenir sur ce point.

CHAPITRE III

La resection dans l'ulcère chronique. — Partisans et adversaires de la méthode. — Conduite des divers chirurgiens.

Rydygier, qui le premier, préconisa les méthodes radicales dans le traitement de l'ulcère, estimait que le but du chirurgien a toujours été d'intervenir aussi radicalement que possible, dans les divers états pathologiques, en enlevant le mal lui-même. D'autres opérateurs estimaient qu'en l'état actuel de nos idées sur l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère, il était impossible d'instituer un traitement causal de la maladie, et qu'il fallait traiter le symptôme, c'est-à-dire agir sur la lésion locale elle-même.

L'intervention radicale, continuent-ils à dire, si elle ne supprime pas d'une façon absolue la tendance aux récidives, est incontestablement de toutes les méthodes opératoires employées, celle qui l'évite plus. Elle permet d'agir sur les formes vomitives et douloureuses de l'ulcère, occasionnées par la lésion locale seule. Elle constitue la cure idéale des complications directes de la maladie, dégénérescence cancéreuse de l'ulcère, hémorrhagie, perforation, péritonite locale et généralisée, adhérences avec les organes voisins, fistules faisant communiquer l'estomac avec le voisinage. La résection remplace la cicatrice irrégulière et rétractée de l'ulcère après guérison spontanée ou à l'aide d'une intervention palliative, par une cicatrice souple et linéaire.

Elle n'aurait pas les inconvénients des autres méthodes employées pour le traitement de l'ulcère.

Elle ne troublerait pas les phénomènes physiologiques de l'estomac, parce que le mélange du suc gastrique et du suc intestinal se fait en lieu normal.

Nous allons examiner d'une façon plus détaillée les arguments des partisans et des adversaires de l'opération radicale, en envisageant particulièrement dans notre description, la forme rebelle de l'ulcère, celle que l'on est convenu d'appeler en France : l'ulcère calleux.

I. — Argumentation des partisans de la gastrectomie.

L'ulcère, par sa présence, est une cause de souffrances locales intenses, dues à son irritation par le contenu gastrique acide et aux tractions produites par les contractions de l'estomac sur ses adhérences, de vomissements, de désordres généraux, tels que nervosité et anémie. L'ulcération, toujours en contact avec le contenu gastrique, constitue une porte d'entrée permanente aux infections septiques : aussi la phlegmatia alba dolens, l'endocardite ulcéreuse et la septicémie ne sont-elles pas exceptionnelles. La névrite ascendante de la X^e paire a été aussi observée. On connaît bien maintenant les troubles réflexes entraînés par la lésion. Lamotte (1), en dehors même du spasme pylorique, admet que l'ulcère peut être la cause de la dyspepsie acide et des phénomènes nerveux de la maladie, par un mécanisme analogue à celui qui produit la sialorrhée dans les affections buccales, l'épiploon dans les ulcères de la cornée, l'écoulement de mucus dans les affections nasales. Aussi lorsque l'ulcère n'est pas accompagné de sténose, qu'il n'existe aucun obstacle à l'écoulement des aliments, il constitue la seule maladie et son ablation est l'unique condition de la guérison. S'il est sage d'opérer un malade atteint d'appendicite, pour éviter de nouvelles crises, il l'est tout autant de réséquer un ulcère chronique, et l'estomac est chirurgicalement tout aussi accessible que l'appendice. En pareil cas, disent les partisans de la résection, la gastro-entérostomie, malgré son action favorable sur l'évacuation rapide du contenu gastrique, n'empêchera pas l'ulcère d'évoluer. L'intervention radicale, par contre, soulagera le

(1) LAMBOTTE. *La Clinique* (de Bruxelles), 14 et 28 juin 1894.

malade dans un délai notablement plus court qu'avec toute autre méthode Mansell-Moullin (1), Rotgans (2), et le guérira souvent définitivement.

Trois gros dangers menacent tout porteur d'ulcère, à plus ou moins longue échéance : ce sont le cancer, l'hémorrhagie, la perforation et ses conséquences.

La *dégénérescence cancéreuse* de l'ulcère simple et surtout de l'ulcère calleux, de la tumeur ulcéreuse, est un des arguments dont jouent le plus souvent les protagonistes de la méthode radicale en faveur de leur thèse. Il est facile d'en concevoir l'intérêt.

Avec les progrès modernes de la chirurgie gastrique, on n'hésite plus à enlever radicalement le cancer ; de nombreux travaux ont montré que l'on offre ainsi aux malades, quand l'opération est faite dans de bonnes conditions, des chances de survie durable, beaucoup plus certaines qu'avec l'emploi de méthodes palliatives.

Trop souvent les chirurgiens se sont plaints que les malades ne leur fussent amenés que dans un état ne leur permettant plus de profiter d'une intervention bienfaisante. Or, certains travaux ne tendent rien moins qu'à faire de la résection de l'ulcère, une opération précoce du cancer de l'estomac.

La fréquence avec laquelle l'ulcère se transforme en cancer est variable, suivant les statistiques.

Cruveilhier avait déjà signalé l'existence commune sur le même estomac, d'un ulcère et d'un cancer ; il admettait la possibilité de la dégénérescence de l'ulcère, forme de transition intermédiaire au cancer et à l'ulcus. Rokitansky (3) pensait aussi que cette coexistence prouvait que le carcinome s'était surajouté à l'ulcère.

Une des premières statistiques établissant la fréquence de la transformation de l'ulcère en cancer est celle de Ditrich (de Prague), en 1848. Sur 160 cas de cancer de l'estomac, il en trouve 8, soit 5 %, où le néoplasme avait pour point de départ un ulcère de Cruveilhier. Lebert donne la proportion de 8 %. Hauser (de Leip-

(1) C. MANSELL MOULLIN. *Brit. Med. Journ.*, 17 oct. 1903, p. 985.

(2) ROTGANS. 4^e Congrès de la Soc. Int. de Chirurgie, 1905.

(3) ROKITANSKY. Trad. in *Arch. de Méd.*, 1840.

zig), élève de Zenker, montre en 1883, que le néoplasme se développe sur l'ulcère lui-même ; il note le développement de productions adénomateuses, la tendance de l'épithélium cylindrique à se substituer à l'épithélium glandulaire, puis à envahir plus tard la couche musculaire sous-muqueuse et la tunique musculaire, et ce, avec une fréquence de 5 à 6 %. Sur 156 cas de cancer gastrique, examinés à l'Institut pathologique de Kiel, de 1872 à 1891, Sonnenchsen trouve 14 % des cas greffés sur un ancien ulcus. Klaus, dans le même institut, de 1891 à 1900, trouve un chiffre plus élevé, soit 26 % (1). Les statistiques allemandes, plus récentes, accusent aussi l'ulcère dans les proportions suivantes : Schonholzer (2), 6 % ; Matti (3), 16,5 % ; Jedlicka (4), 26 % ; Riedel (5), 30 % ; Hammerschlag, 19 %.

Les statistiques anglo-américaines nous donnent, dans le même ordre, des chiffres notablement plus élevés. Mayo Robson (6) incrimine l'existence préalable d'un ulcère dans 59,3 % de ses observations de cancer ; Rodman (7) admet 50 % ; Moynihan (8) 72 % (16 fois sur 22 cas). Les 218 pièces opératoires, provenant de résections pratiquées par les frères Ch. et W. Mayo ont été examinées par Wilson et Mac Carty ; sur 153 cas de cancer, l'origine aux dépens d'un ulcère est invoqué 109 fois, soit 71 %. La proportion, de beaucoup la plus élevée, est celle du Russe Ssapeskho (9), qui n'a trouvé que dix cas sur cent de cancer non greffé sur la base d'un ulcère peptique.

Les chiffres précédents sont ceux des auteurs qui recherchent l'ulcère à la source du cancer gastrique. Quelques auteurs ont

(1) Voir pour ces chiffres : DIEULAFOY. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897. Leçon XIII et W. RODMAN. *Annals of Surgery*, 1908, p. 923.

(2) SCHÖNHOLZER. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1903.

(3) MATTI. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, t. 77, 1905.

(4) JEDLICKA. *Centralbl. f. Chir.*, 1905.

(5) RIEDEL. *Loco citato*.

(6) MAYO ROBSON. In RODMAN.

(7) RODMAN. *Loco citato*.

(8) MOYNIHAN. *British Med. Journal*, 3, IV, 1909.

(9) SSAPESHKO. *Annales des chirurgiens russes*, t. 6 (in *Centralblatt f. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1902, p. 242.

étudié la fréquence de la dégénérescence maligne en partant directement de l'ulcère. Ils ont trouvé les chiffres suivants : Haerberlein (1), 7 % ; Rosenheim (2), 10 % ; Bamberger (3), 1,4 %. Les chirurgiens trouvent également des proportions variables ; alors que Rubritius (4) constate la transformation maligne dans 8 % des cas d'ulcère, les chiffres s'abaissent pour Mayer (5) à 1,9 % ; pour Busch (6), à 2 % ; Spriggs (7), à 2,1 %. Bakes (8), sur un ensemble de sept gastrectomies pour ulcère, a pu faire examiner la pièce dans quatre cas. Trois fois le résultat de l'examen histologique a été positif dans le sens d'une dégénérescence maligne. Aussi s'étonne-t-il que les chirurgiens hésitent à enlever les ulcères, si fréquemment suspects, alors qu'ils considèrent tous comme un triomphe d'avoir obtenu une guérison dans un cancer de l'estomac. Drummond et Morrison (9) n'ont pu, par contre, déceler la cancérisation dans aucun de 72 cas très longtemps observés.

En France, Hanot (10) (1884), Debove (1889), Tapret (11) (1891), rapportent des cas de néoplasme ayant présenté antérieurement des symptômes d'ulcère rond. En 1891, Pignal, élève de Bouveret et Lépine, rapporte dans sa thèse, plusieurs faits de transformation de l'ulcère en cancer, observés par ces auteurs. Mathieu (12), en 1897, rapporte trois observations à la Société médicale des hôpitaux. La même année, Dieulafoy (13), à propos d'un cas personnel, fixe, dans une belle leçon, l'aspect clinique de l'ulcère dégénéré,

(1) HAEERLEIN. *Münchener med. Wochenschrift*, 1901, n° 9.

(2) ROSENHEIM. *Verein f. inn. Med.*, 1909, 5. Vi.

(3) BAMBERGER, chez Springer. Berlin, 1909.

(4) RUBRITIUS. *Verhdlg. d. Dtsch. Ges. f. Chir.*, 1908.

(5) MAYER. *Bruns' Beiträge*, t. 61, 1908.

(6) BUSCH. *Langenbecks Archiv.*, t. 90, 1.

(7) SPRIGGS. *Brit. Med. Journ.*, 13, III, 1909.

(8) BAKES. *Archiv f. klin. Chir.*, t. 76.

(9) DRUMMOND et MORRISON. *Brit. Med. Journ.*, 5, VI, 1909.

(10) HANOT. *Archives générales de médecine*, 1884.

(11) TAPRET. *Union médicale*, 1891, p. 241.

(12) MATHIEU. *Semaine médicale*, 1897.

(13) DIEULAFOY. *Loco citato*.

l'ulcéro-cancer. Depuis, d'autres observations montrent la fréquence relative de cette complication redoutable.

Nos maîtres Hartmann et Lecène (1) en ont publié une observation. Chez le malade de Hoche (2), un cancer de l'œsophage infecta secondairement l'ulcère.

Pour Hayem (3), la dégénérescence carcinomateuse est un fait histologiquement démontré. Il a examiné neuf de ces cas. Oettinger (4) l'admet également, mais avec une fréquence relative. Il en a observé trois cas.

Tous ces chiffres nous montrent la gravité d'une constatation dont on aurait tort de faire fi ; mais ils n'ont malheureusement qu'une valeur d'approximation. Il convient à leur sujet, de faire quelques remarques présentées déjà par Payr.

Il ne s'agit pas tant en effet de démontrer la possibilité d'une dégénérescence maligne de l'ulcère, que la fréquence de ce fait pour certaines formes déterminées d'ulcère, en tenant compte des différents stades d'évolution du mal. On connaissait mal autrefois l'ulcère calleux, l'ulcère aboutissant à une tumeur, et on ne faisait pas suffisamment la différence avec l'ulcère simple. Les statistiques anciennes ne sont donc que des statistiques globales. Les chiffres modernes sont plus précis à cet égard. Sous le rapport de son évolution, par son peu d'aptitude à la guérison, comme par le danger qu'il offre d'une dégénérescence secondaire, l'ulcère calleux est unanimement considéré comme beaucoup plus grave que les autres types d'ulcus.

Ce danger de la transformation maligne a surtout été proclamé par ceux qui opèrent radicalement l'ulcère, comme les chirurgiens Rydygier, Maydl-Jedlicka, Mayo Robson, les frères Ch. et W. Mayo, Riedel et plus récemment Küttner et Payr. Ce dernier estime que les chirurgiens sont mieux placés pour le reconnaître que les médecins et les anatomo-pathologistes, dont les recherches

(1) HARTMANN et LECÈNE. *Société anatomique*, 1903.

(2) HOCHÉ. *Presse médicale*, 1901.

(3) HAYEM. *Presse médicale*, 1901 et *Archives générales de médecine*, 1903.

(4) OETTINGER. *Semaine médicale*, 1903.

portent ou sur des ulcères récents, dont les porteurs sont morts soit d'une complication (hémorragie ou perforation), soit d'un mal intercurrent, ou sur des cancers déjà progressés. Les pièces opératoires enlevées à un stade moyen de l'évolution de la maladie, indemnes de toute altération cadavérique, fixées immédiatement dans un liquide conservateur, présentent les meilleures conditions pour une excellente observation. Elles ont permis de déceler, à des périodes où l'ulcère calleux est qualifié macroscopiquement de bénin, des signes histologiques indubitables de dégénérescence cancéreuse, malgré l'absence parfois complète de ganglions suspects.

Il ne faut pas oublier que la démonstration de la dégénérescence cancéreuse présente des difficultés mêmes pour l'histologiste. Un ulcère peptique peut parfaitement se développer sur l'emplacement d'un cancer gastrique. La recherche du noyau cancéreux dans la masse de l'ulcère, doit se faire suivant des procédés rigoureux, sous peine d'être incomplète. A cet égard, l'ablation plus fréquente d'ulcères, par excision ou résection, offrira des facilités en permettant d'avoir des pièces fraîches, nullement altérées par l'autodigestion, qu'il ne restera qu'à débiter *dans leur totalité* par la méthode des coupes en série. Ainsi sera saisi à son début le stade de cancérisation des tubes glandulaires isolés par le processus cicatriciel. Nul doute que cette façon de traiter les ulcères calleux n'indique encore plus fréquemment qu'on ne le croit habituellement, leur prédisposition à la dégénérescence maligne.

Payr, bien qu'il ne se soit pas plié rigoureusement à cette façon d'agir et se soit contenté d'examiner les points suspects de ses préparations, nous donne une proportion de 26 % de confirmations histologiques de cancer pour l'ensemble de ses cas de résections d'ulcère calleux.

Puisqu'aussi bien, les partisans des méthodes radicales n'invoquent la fréquence de la greffe néoplasique que dans le but de justifier leur méthode de traitement, il semblerait plus logique de comparer, à ce point de vue, les suites tardives de ce procédé opératoire avec celles des différentes méthodes palliatives, notamment de la gastro-entérostomie, de beaucoup la méthode la plus

employée. En fait, on connaît d'assez nombreuses observations où la gastro-entérostomie pratiquée pour ulcère n'a pas empêché l'éclosion plus ou moins tardive d'un cancer ; citons celles de Delaloge (1), Hayem (2), Kramer (3), Kreuzer (4), Mayer (5), Noetzel (6), Clairmont (7), Alex Thomson (8), Rubritius (9), Krüger (10), etc. Pourtant, d'après la statistique de Bamberger (11), portant sur les suites éloignées des deux opérations, il résulte que les deux méthodes opératoires n'offriraient à ce point de vue qu'une différence minime. La mortalité tardive du fait du cancer atteindrait 1,9 % avec l'opération radicale, 2,1 % avec la gastro-entérostomie.

Cette constatation n'éclaire en rien la situation.

Qu'un néoplasme soit survenu chez un malade, plus ou moins longtemps après la résection d'un ulcère, il est possible d'admettre avec Payr, la préexistence d'un cancer au moment de l'opération, ayant déjà dépassé les limites de la zone réséquée. On peut aller plus loin et dire que la statistique de Bamberger, en ce qui concerne le point en litige, est entachée d'un vice fondamental, car elle ne compare pas des cas de gravité égale. Le chirurgien qui pratique une gastro-entérostomie ne peut, le plus souvent, se rendre compte que d'une manière insuffisante de l'aspect de la tumeur. Il lui est impossible de contrôler son diagnostic, pièce en mains, comme lorsqu'il a effectué la résection de l'ulcère. Si plus tard, l'évolution de la maladie infirme son jugement, il pensera avoir opéré un ulcère cancérisé ou même une tumeur maligne, et le cas viendra grossir la statistique de ses opérations palliatives

(1) DELALOGUE. *Deutsche Zeitschrift f. Ch.*, t. 38.

(2) HAYEM. *Presse médicale*, 1903.

(3) KRAMER. *Beiträge z. klin. Ch.*, t. 51.

(4) KREUZER. *Beiträge z. klin. Ch.*, t. 49.

(5) MAYER. *Wien. klin. Woch.*, 1905.

(6) NOETZEL. *Beiträge z. kl. Ch.*, t. 51.

(7) CLAIRMONT. *Langenb. Arch.*, t. 76, p. 180.

(8) ALEX THOMSON. *Brit. Med. Journ.*, 3, III, 1909.

(9) RUBRITIUS. *Verhandl. d. Dtsch. Ges. f. Chir.*, 1908.

(10) KRÜGER. *München. med. Wochenschrift*, 25, 1909.

(11) BAMBERGER. *Loc. cit.*, p. 120.

pour cancer gastrique. Il est donc permis de penser que le pourcentage des cas de dégénérescence maligne chez les ulcéreux traités par une opération palliative, est plus élevé que ne le pensent certains auteurs, bien que tous proclament une mortalité plus considérable de ce fait avec ce genre d'intervention.

Le chirurgien qui procède à l'ablation d'un ulcère suspect, a des éléments autrement certains pour suivre l'évolution de son malade. L'examen histologique lui a donné le plus souvent la clef du diagnostic. Dans sa statistique ne figurent guère que des cas nettement étiquetés. Il aura eu la surprise de voir maintes fois une lésion ayant tous les caractères macroscopiques d'un ulcère bénin, catalogué : ulcère dégénéré par l'histologiste. Le diagnostic livré à la clinique est, en effet, des plus embarrassants. Hayem, Letulle, Dieulafoy reconnaissent qu'il n'existe pas de signes permettant, dans les cas difficiles, d'affirmer ou de rejeter de façon absolue l'hypothèse d'une dégénérescence cancéreuse. D'où perplexité du chirurgien dans son choix d'une méthode opératoire.

A la vérité, Rosenheim (1) déclare qu'une tumeur douteuse n'indique pas la résection, mais la gastro-entérostomie. Rydygier (2), au contraire, estime qu'il est plus grave, en pareil cas, de laisser évoluer une tumeur maligne après une opération non radicale que de la laisser suivre son cours.

Il nous reste à exposer rapidement une opinion qui s'est fait jour plus récemment, et d'après laquelle tout ulcère chronique, rebelle au traitement médical, observé chez un sujet d'âge moyen ou d'un âge avancé, doit être considéré comme fortement suspect, et être traité comme un cancer.

Tripier, de Lyon, en 1898, émit incidemment l'idée, au cours d'un article sur le traitement des gastrorrhagies, d'un néoplasme ulcéré, à évolution très lente, semblable à l'ulcus rodeus de la face. Duplant affirme peu après, dans sa thèse, que l'ulcère ne se transforme pas en cancer.

Hayem, dès 1895, bien qu'il admette la dégénérescence cancé-

(1) ROSENHEIM. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1895.

(2) RYDYGIER. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1906, n° 37.

reuse de l'ulcère, avait démontré l'existence d'un ulcère d'origine néoplasique, en décrivant le polyadénome à type brunnérien. Saverot (1), dans une thèse récente, a essayé de fixer le type clinique du cancer de l'estomac, à évolution lente. Le diagnostic de la cancérisation de l'ulcère est tardif ; celui du cancer ulcéré pourrait être établi d'une façon plus précoce, grâce à l'existence de quelques signes ayant des traits assez spéciaux et suffisamment différents de l'ulcère pour faire songer au néoplasme : douleurs tardives, vomissements tardifs non régulièrement alimentaires, hémorrhagies abondantes et répétées, etc. Mais il reconnaît qu'il est souvent difficile et même impossible de faire un diagnostic précis. Le plus sûr est d'admettre avec l'école Lyonnaise, avec Tripier, Devic, Vallas, Leriche, etc., que la plupart des ulcères chroniques, et parmi eux, les ulcères calleux, sont néoplasiques. Tixier, in Thèse Saverot, communique son opinion en ces termes :

« Mes observations de chirurgie gastrique me conduisent à l'heure actuelle aux deux conclusions suivantes, qui sont du reste la conséquence l'une de l'autre. Les sténoses du pylore que nous opérons sont exceptionnellement cicatricielles, habituellement néoplasiques. La marche du cancer de l'estomac est souvent très lente et simule l'allure du rétrécissement cicatriciel. La nature cancéreuse des sténoses que j'ai opérées, m'a été révélée soit par la marche ultérieure de la maladie, soit par l'examen histologique de la tumeur enlevée. Même chez les jeunes (une fois 20 ans, une fois 33 ans), malgré une histoire typique d'ulcus avec hématémèses et hyperchlorhydrie, il s'est agi d'un cancer. Comme déduction thérapeutique, je crois qu'à la phase torpide des troubles gastriques mal définis, seule la laparotomie exploratrice est capable de nous éclairer et que lorsqu'on trouve une tumeur, même à allure inflammatoire, il faut toujours viser son ablation. »

Si cette opinion était généralement admise, l'ulcère chronique, avec son évolution lente, l'absence de métastases, son envahissement ganglionnaire peu rapide offrirait les conditions les meilleures, pour la cure précoce du *cancer*, par la gastrectomie. Ici

(1) SAVEROT. Thèse Lyon, 1906.

l'opération serait praticable avec un délabrement minimum, en offrant au malade les chances les plus grandes d'une longue survie, sans crainte exagérée de récurrence, puisqu'en définitive, il s'agit de la forme la plus bénigne du cancer gastrique.

Adhuc sub iudice lis est. La plupart des cliniciens n'ont pas admis les idées de Tripier et s'en tiennent toujours à l'hypothèse ancienne de la dégénérescence maligne de l'ulcère. Pratiquement, il faut attacher la plus grande valeur à l'examen histologique.

Mikulicz, Kausch, Petersen recommandent, en cas de doute, d'enlever un fragment de la tumeur et de pratiquer la gastro-entérostomie pendant qu'on soumet à l'examen histologique le tissu suspect, traité par la méthode de la congélation. Le chirurgien en serait quitte pour compléter son intervention si la bénignité de la tumeur n'est pas confirmée. Cette idée n'a pas fait fortune.

Parmi les complications sur lesquelles la résection de l'ulcère a une action préventive, il ne faut pas compter seulement la dégénérescence cancéreuse. Il nous reste à envisager l'hémorragie et la perforation de l'ulcère.

Pour les partisans de la méthode radicale, la résection faite dans de bonnes conditions, ne laissant pas échapper une lésion pouvant évoluer secondairement, permet d'éviter d'une façon certaine ces complications redoutables. Tous les auteurs, par contre, connaissent des cas où la gastro-entérostomie n'a pu empêcher des HÉMORRHAGIES précoces ou tardives, de mener le malade à sa fin. Parmi les cas publiés, nous pouvons citer ceux de Rydygier (1), Krogius (2), Krönlein, Körte, Rehn, Kocher, Lieblein (3), Graf (4), Gilli (5), Kindl (6), Marnoch (7), Bakes (8), Mayer (9), Clair-

(1) RYDYGIER. *Congrès international de Chirurgie*. Paris, 1900 et *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, t. 58, 1901, p. 214.

(2) KROGIUS. *Archiv f. klin. Chir.*, t. 58, 1901, p. 214.

(3) LIEBLEIN. *Deutsche Chirurgie*, t. 46, c.

(4) GRAF. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, t. 90, 1907.

(5) GILLI. *Mit. a. d. Grenzgeb.*, 18, 1908.

(6) KINDL. *Brüns' Beiträge*, 61, 1908.

(7) MARNOCH. *Brit. med. J.*, 3, IV, 1909.

(8) BAKES. *Arch. f. klin. Chir.*, 1909, t. 90, 1.

(9) MAYER. *Brüns' Beiträge*, 61, 1908.

mont (1), Kreuzer (2), Drummond et Morrison (3), Tuffier, Hartmann, etc. Mansell-Moullin (4) a vu deux cas d'hémorragie mortelle après gastro-entérostomie et a connaissance d'un troisième, par communication privée.

Souvent ces hémorragies sont causées par des ulcères du pylore, et la gastro-entérostomie a une action préventive incontestable sur leur apparition, en mettant l'estomac au repos, comme l'a bien montré Tuffier ; mais, a fait autrefois observer Rydygier, on peut attendre le même bénéfice de la pylorectomie, qui enlève de plus la lésion locale.

La PERFORATION, avec la redoutable conséquence de la péritonite, menace le malade, surtout quand l'ulcère siège à la face antérieure de l'estomac, région plus mobile, plus accessible aux traumatismes, se prêtant moins souvent aux adhérences. Cette éventualité se produirait alors 85 fois sur cent cas, proportion quarante fois plus élevée qu'avec l'ulcère de la face postérieure (5). Les ulcères de la grande courbure et ceux de la grosse tubérosité ont également une tendance très marquée à la perforation. Cette dernière aurait lieu dans 40 % des cas. La gastro-entérostomie offre peu de sécurité à cet égard. Czerny, Ziegler, Gœpel, Jedlicka, Bakes, Krøgius, Hofman, Riedel, Jonnesco, etc., ont ainsi perdu des malades. Que de fois le chirurgien, en ouvrant l'abdomen, se trouve en face d'un ulcère ayant peu à peu envahi toutes les couches de l'estomac et qu'une mince séreuse protège seule contre la perforation ! Nous avons déjà à propos de l'ulcère calleux décrit une forme spéciale de perforation dans les organes, l'ulcère dit perforant.

Les protagonistes de la méthode radicale vont plus loin encore. Ils admettent que la cicatrisation de l'ulcère, obtenue par les interventions palliatives, n'est pas un mode de guérison inoffensif. Que l'ulcération siège au pylore, à la partie médiane de l'estomac,

(1) CLAIRMONT. *Langenbeck's Archiv.*, t. 76.

(2) KREUZER. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. 50.

(3) DRUMMOND et MORRISON. *Brit. med. J.*, 40, VIII, 1909.

(4) MAUSELL-MOULLIN, *Brit. med. Journ.*, 17 oct. 1903, p. 984.

(5) CHAPT. *Perforation de l'ulcère simple de l'estomac*. Thèse de Paris, 1905

au cardia, elle peut amener, par rétraction du tissu modulaire, la sténose du pylore, un estomac biloculaire, le rétrécissement du cardia. Moynihan (1) a été ainsi obligé d'exciser deux ulcères de l'extrémité cardiaque de l'estomac ; l'un de ceux-ci avait presque envahi l'œsophage et adhérait à la partie inférieure du foie, l'autre englobait la petite courbure : les symptômes étaient ceux d'une obstruction œsophagienne. Nous avons déjà vu l'aspect sacciforme ou en bourse que prend l'estomac lorsque le cardia et le pylore sont attirés l'un vers l'autre par une cicatrice de la petite courbure. Nous connaissons la tendance aux hémorrhagies présentées parfois par les ulcères cicatriciels. Mais en outre, les résectionnistes reprochent à la cicatrisation de l'ulcère d'être un point d'appel pour la récurrence, de laisser persister les douleurs quand il se forme des adhérences périgastriques, enfin de n'empêcher nullement les conséquences ultérieures de l'ulcère en évolution, la perforation et la dégénérescence cancéreuse.

Lambotte (2) remarquait depuis longtemps la possibilité d'une perforation au centre d'une cicatrice parfaitement organisée. La transformation de l'ulcère cicatrisé en cancer a été observée et se produit par un processus analogue à celui qui a été observé ailleurs sur les cicatrices et dont Chaintre (3) a réuni un certain nombre d'observations dans son travail : Poncet : Epithélioma développé sur la cicatrice d'un moignon après amputation de jambe ; — Mollière et Laroyenne : Epithélioma développé sur la cicatrice d'un ancien cautère de la région deltoïdienne ; — Marcin : Transformation cancéreuse d'une cicatrice de brûlure siégeant à la partie inférieure de la cuisse ; — Jansion : Epithélioma greffé sur de vieux ulcères de jambe, etc. On connaît une forme d'épithélioma survenant sur une plaque de leucokératose buccale, labiale, linguale, etc. Or, la gastrectomie laisse à sa suite une cicatrice unie, souple, régulière, inapte à la récurrence ou à la dégénérescence épithéliomateuse secondaire (Noetzel (4), Rydygier (5)).

(1) MOYNIHAN. *Brit. med. Journal*, 8 avril 1905, p. 753.

(2) LAMBOTTE. *La Clinique* (de Bruxelles), 14 juin et 28 juin 1894.

(3) CHAINTRE. De l'épithélioma des cicatrices. *Gaz. méd. de Paris*, 1889, p. 195.

(4) NOETZEL. *Beiträge z. klin. Chir.*, t. 51, 1906.

(5) RYDYGIER. *Berl. klin. Wochenschrift*, n° 37, 1906.

En faveur de leur thèse, les défenseurs de la gastrectomie ont accoutumé d'invoquer l'excellence des résultats fonctionnels obtenus par cette opération.

Nous avons déjà dit précédemment que l'ablation de l'ulcère améliore avec une rapidité étonnante les symptômes subjectifs éprouvés par le malade.

La gastro-entérostomie ne peut donner aussi vite un pareil résultat ; un certain délai est nécessaire avant qu'elle ne modifie suffisamment la lésion. Plus tard même, beaucoup d'auteurs lui reprochent de laisser subsister chez le malade, des crises douloureuses légères mais périodiques. Les succès cliniques de l'opération seraient assez fréquents, surtout dans les formes d'ulcère constituant des tumeurs. La résection, au contraire, modifierait d'une façon intense les conditions de la sécrétion gastrique qui, trop abondante et trop acide avant l'opération, s'abaisserait jusqu'à devenir nulle en qualité et quantité après la pylorectomie. Soupault (1) a étudié avec minutie 11 cas de pylorectomie pour ulcère. Voici ses conclusions :

1° Il n'y a plus d'hypersécrétion à jeun, l'estomac étant absolument vide de tout résidu ;

2° Après un repas d'épreuve, le suc gastrique, autrefois très acide et parfois en grand excès, est devenu d'une acidité extrêmement faible et tombe à des chiffres inférieurs et parfois très inférieurs à 1/1000. Quant à la quantité, elle est très réduite et parfois assez peu abondante pour qu'on ait quelque difficulté à en obtenir suffisamment pour l'analyse.

D'après le même auteur, avec la gastro-entérostomie, si la stase gastrique disparaît, il y aurait rarement disparition de la sécrétion à jeun, parfois diminution, souvent elle resterait stationnaire. Le taux de l'acidité, après un repas d'épreuve, diminue, mais dans des proportions variables, parce qu'il est sujet aux fluctuations de la quantité de bile ou de la perméabilité plus ou moins grande de la bouche anastomotique.

(1) SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac*. Baillière, 1906, p. 373.

Borszcky (2) a fait des recherches sur le même point, chez deux malades guéris après la résection d'un ulcère calleux du pylore. L'acidité diminua dans deux cas, plus il est vrai, dans le cas où on pratiqua la résection et la gastro-entérostomie que dans celui où on réunit simplement le duodénum à l'estomac. Il y avait, en effet, de la bile chez le premier opéré. La motricité, défectueuse dans les deux cas, redevint bonne après la gastrectomie.

Les anciennes recherches de Känsche (1) aboutissaient à des résultats comparables à ceux des auteurs précédents. Il s'agissait d'un cas où fut pratiqué la résection d'un ulcère siégeant à la petite courbure, près du cardia.

Avant l'opération, le suc gastrique était très acide. On y décelait la présence d'acide chlorhydrique libre ; il n'y avait pas d'acide lactique. Après l'intervention, les fonctions sécrétoires et motrices revinrent à la normale.

Après avoir montré les avantages qu'ils reconnaissent à l'opération radicale, les partisans de la gastrectomie attaquent généralement les autres méthodes de cure chirurgicale de l'ulcère de l'estomac, et notamment la gastro-entérostomie, que nous aurons surtout en vue ici. D'après eux, l'opération créée par Wölfler n'empêche pas l'ulcère d'évoluer.

Dans nombre de cas, elle n'arrête pas les troubles gastriques. Payr (2), put ainsi s'assurer, au cours d'une seconde laparotomie, que malgré la perméabilité de l'anastomose établie, l'ulcère n'avait été modifié en aucune façon.

Elle n'empêche pas les récurrences. Busch (3) fut obligé de recourir deux fois à une nouvelle opération. Dans l'un de ces cas, un ulcère se forma sur l'emplacement même de l'anastomose. Hofman, Kreuzer, Mayer, Clairmont, Gilli, Drummond et Morrison, Jonesco, etc., ont cité de pareils cas.

Elle oblige le malade à suivre un régime, ce qui est une singu-

(1) BORSZKY. *Beiträge z. klin. Chirurg.*, 57, 1908.

(2) KANSCHKE. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892, p. 1114.

(3) PAYR. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1910, t. 23, n° 9.

(4) BUSCH. *Langenbeck's Archiv f. klin. Chir.*, 1909, t. 90, 1.

lière gêne pour certains malades et une impossibilité pour d'autres, d'une condition sociale peu aisée. Rydygier (1) reprochait à l'opération l'apparition fréquente du *circulus vitiosus* ; actuellement, les progrès de la technique chirurgicale ont écarté d'une façon notable ce danger, mais les statistiques les plus honorables en comptent encore des cas.

Anschoetz (2) a pu réunir 60 cas de diarrhée, dont plusieurs suivis de mort, ayant apparu aussitôt après l'intervention. Faut-il les attribuer au choix, pour l'anastomose, d'une anse jéjunale trop éloignée du duodénum, à la digestion insuffisante des aliments par le suc gastrique, au passage trop rapide des aliments dans le tube intestinal, à de l'infection digestive ? Toujours est-il que cette complication est rarement observée dans la gastrectomie.

Rappelons aussi qu'on a signalé assez souvent dans les suites de l'opération le développement d'adhérences péritonéales.

Depuis le mémoire classique de Petersen « *Volvulus de l'intestin après G. E.* », quelques auteurs ont rapporté des cas d'étranglement interne par intromission d'une anse intestinale dans l'anneau formé par la paroi de l'estomac et par l'anse afférente. Terrier et Hatmann, dans leur ouvrage sur la chirurgie de l'estomac, signalaient un cas de hernie intestinale dans les replis du ligament gastro-colique. Mayo Robson, plus récemment, a eu un accident de ce genre malgré le raccourcissement de l'anse afférente.

Gosset (3), se basant sur le fait que « la gastro-entérostomie ne modifie par la composition du suc gastrique, et qu'un malade, hyperacide avant l'opération, reste hyperacide après », espère que la pylorectomie pourra peut-être éviter la formation de nouveaux ulcères ou bien de ces *ulcères peptiques du jejunum*, dont il a rapporté dans son travail, 22 observations, chiffre que Lion et Moreau (4), dans un article plus récent, ont élevé à 42. Une fois, l'ulcère peptique survint neuf ans après la G. E.

(1) RYDYGIER. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 58, 1901, p. 214.

(2) AUSCHUETZ. *Mitt. u. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, 1906, p. 305.

(3) GOSSET. *Pratique medico-chirurgicale*. Article : Ulcère de l'estomac et *Revue de Chirurgie*, 1906.

(4) LION et MOREAU, *Revue de Chirurgie*, 10, V, 1909.

On voit que les suites éloignées de celle-ci laissent à désirer. De l'étude de 75 observations de cette opération, Dénéchau (1) a pu, en effet, conclure à un syndrome dyspeptique secondaire très tenace. La fréquence de ces conséquences malheureuses de l'opération a ébranlé la confiance de ses plus farouches défenseurs. On estime, en effet, que l'ulcère n'est suffisamment amélioré, au point que l'on puisse parler de guérison ou d'un mieux réel, que dans les 2/3 des cas opérés ; dans le dernier tiers, le résultat obtenu n'est pas satisfaisant.

Peu de chirurgiens se déclarent partisans sans réserve de l'intervention ; très peu se déclarent entièrement satisfaits de ses résultats. Payr (2) cite parmi ceux-là Krönlein, Hochenegg, Körte, Poncet, etc. Il est devenu commun d'engager les malades à poursuivre, après avoir été opérés, un régime plus ou moins sévère. Kummel (3) recommande dans certains cas particulièrement rebelles, la cure de l'ulcère, d'après la méthode de Lenhartz. Ainsi aura-t-on quelque chance de libérer la gastro-entérostomie de ses douleurs et de quelques autres phénomènes concomitants.

Faut-il attribuer une partie de ces insuccès de la gastro-entérostomie à des fautes de technique ou bien, comme des travaux expérimentaux tendent à le faire penser, à une méconnaissance des lois physiologiques présidant au fonctionnement de la digestion ? Une anastomose placée trop haut sur l'estomac laisse subsister un bas-fond gastrique où stagnent les aliments et l'évacuation se fait mal (Holzknecht-Jonas (4)). D'autres fois, la néo-bouche se rétrécit ou s'obstrue. Tout le bénéfice de l'opération est perdu. Les troubles anciens reparaissent. Les dispositions favorables, créées par l'établissement d'une fistule gastro-intestinale, sont abolies et une autre intervention est souvent nécessaire.

Neuweiler (5) avait trouvé dans la littérature médicale 42 cas de ce genre. Bamberger (6), dans son mémoire, rappelle les cas d'un

(1) DÉNÉCHAU. Thèse Paris, 1907

(2) PAYR. *Wien. klin. Wochenschrift*, 1910, t. 23, n° 9.

(3) KUMMEL. *Verhandl. d. Deutschen Chir. Congress.*, 1906.

(4) JONAS. *Archiv f. Verdauungskrankh.*, t. 14, p. 656.

(5) NEUWEILER. *Langenbeck's Archiv.*, t. 69.

(6) BAMBERGER. *Loco citato*, p. 156.

certain nombre d'auteurs, et pense que le chiffre des accidents est vraisemblablement plus élevé qu'il ne ressort de la statistique. L'influence de la méthode employée, gastro-entérostomie antérieure ou postérieure, anastomose au bouton ou avec suture, est encore mal déterminée. L'étiologie est très claire, par contre, quand il est possible d'accuser comme Busch (1) un ulcère, ou comme Graf (2) un cancer développés sur le lieu de l'anastomose. Neuhaus (3) a bien montré par quel mécanisme se constitue la sténose de la néo-bouche : 1° le retour de l'estomac d'abord dilaté à des proportions normales, allant de pair avec le rapetissement de la fistule gastro-intestinale ; 2° la rétraction cicatricielle plus ou moins accusée de la bouche anastomotique ; 3° le prolapsus de la muqueuse gastrique, entraînée dans l'intestin par les contractions musculaires du viscère pendant l'acte de la digestion. Il est de toute évidence que ces phénomènes se réaliseront surtout si la bouche anastomotique ne fonctionne plus ou n'a jamais fonctionné.

Certaines découvertes récentes, de physiologie gastrique, tendent à nous faire supposer qu'il en est toujours ainsi quand la fistule est pratiquée sur un estomac à pylore perméable. Elles apportent une nouvelle arme aux mains des partisans de la résection.

Nous allons les exposer sommairement.

Kelling (4) remarqua le premier, en s'aidant de l'expérimentation sur les animaux, que les aliments ingérés passent avec un pylore perméable, dans l'intestin, malgré l'établissement large d'une fistule gastro-intestinale. Aussi recommandait-il de fermer dorénavant le pylore, car l'évacuation de l'estomac était gênée par le remplissage du duodénum.

Les expériences de Delbet (5) confirmèrent ces recherches.

A l'état passif (autopsie), l'orifice anastomotique fonctionne par-

(1) BUSCH. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 90, 1.

(2) GRAF. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1907, t. 90.

(3) NEUHAUS. *Sammlung klin. Vortr. v. Volkmann's*, n° 486, 1908.

(4) KELLING. *Verhandl. des 25 Chirurgen Congr.*, 1900.

(5) DELBET. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1907, p. 1222. — *Ibid.*, 1907, p. 1250. — *Ibid.*, 1908, p. 155.

faitement. Pendant la vie tout passe par le pylore. Même résultat dans un cas où l'anastomose avait été faite avec le bouton de Jaboulay. « L'estomac peut se contracter de telle façon, dit l'auteur, qu'il masque l'orifice béant et rigide d'un mouton métallique. » Tesson et Turlais aboutirent à des résultats analogues.

D'autres auteurs utilisèrent les rayons Roentgen dans l'étude de cette question. Cannon et Blake (1) firent ingérer à des chats gastro-entérostomisés, une bouillie bismuthée. Ils constatèrent que toujours le pylore est utilisé pour le passage des aliments. Chez nous, Tuffier, Aubourg, Frouin font des expériences du même genre. Leggett et Maury firent avaler à des chiens gastro-entérostomisés, une balle attachée et fixée à la guécule de l'animal par un long fil qui, à l'autopsie, jalonne la route suivie par le corps étranger. La voie de passage était le pylore.

D'après les nouvelles recherches de Borszky (2), la nourriture franchit partiellement le pylore, même fortement sténosé, malgré l'anastomose, et ce chemin ne peut être évité ni par l'allongement de l'anse anastomosée, ni par la largeur et le lieu de l'anastomose.

Des faits cliniques plaident aussi en faveur de la non-utilisation de la fistule, si le pylore est perméable. Des malades, porteurs de fistule duodénale, ne furent pas améliorés par une gastro-entérostomie consécutive (Kelling, Shoemaker) (5).

deuxième opération, amena au contraire la guérison. Ces observations de V. Cackovic (3), de Cameron (4), confirment chez l'homme, les résultats expérimentaux trouvés sur l'animal, par l'établissement d'une fistule duodénale et d'une gastro-entérostomie consécutive (Kelling, Shoemaker) (5).

Les chirurgiens connaissent depuis longtemps l'effet médiocre de l'opération dans l'atonie et la ptose gastrique, alors qu'elle assure un drainage d'autant plus parfait que le pylore paraît moins perméable (cancer, tumeur gastrique).

(1) CANNON et BLAKE, d'après CAMERON, *loc. cit.*

(2) BORSZKY. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. 57, 1908.

(3) V. CACKOVIC. *Arch. f. klin. Chirurgie*, t. 69, p. 3.

(4) CAMERON. *Brit. Med. Journ.*, 1908, janv. 18.

(5) SHOEMAKER. *Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, t. 21, p. 719.

Clairmont (1) montra la différence d'action de la gastro-entérostomie, suivant le siège de l'ulcère. Il observa des succès fréquents dans les ulcères du corps de l'estomac : tandis que les ulcères du pylore bénéficient de l'opération dans la proportion de 62 %, ceux du corps de l'estomac ne sont améliorés que dans 47 % des cas. Les chiffres de Kreuser, élève de Krönlein, donnés par Clairmont, aboutissent à un résultat analogue. Nombre d'auteurs (Graf (2), Riedel (3), Veyrassat (4), Delore et Alamartine (5), Payr (6), etc.), ont abouti à des conclusions analogues. Bamberger (7) conclut de l'étude de sa statistique que la méthode radicale mérite la préférence dans les cas d'ulcère du corps avec pylore perméable. Il convient, à ce sujet, d'établir une distinction déjà faite par Guibé (8), d'un pylore anatomique et d'un pylore physiologique. Tel pylore anatomiquement perméable est physiologiquement sténosé. La notion d'un spasme pylorique déterminé par une ulcération en activité ou une séquelle, comme l'hyperacidité du suc gastrique, est en mesure, peut-être, de nous expliquer quelques faits jusqu'ici contradictoires : ainsi les faits de Sherren (9) et de Busch (10), où l'autopsie montra, après gastro-entérostomie, la guérison d'ulcères de la petite courbure, avec perméabilité et, sans doute, fonctionnement de l'anastomose, malgré l'absence de sténose pylorique, le cas de Veyrassat (11), où l'examen, par les rayons de Röntgen, autorisa la même conclusion. Le cas de Jaboulay, rapporté par Chalié (12) est d'une interpré-

(1) CLAIRMONT. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 76.

(2) GRAF. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, t. 90.

(3) RIEDEL. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1909, 1 et 2.

(4) VEYRASSAT. *Rev. de Chir.*, 1908, p. 264.

(5) DELORE et ALAMARTINE. *Rev. de Chir.*, III, 1909.

(6) PAYR. *Passim*.

(7) BAMBERGER. Berlin, 1909. Springer, p. 136.

(8) GUIBÉ. *Journ. de Chir.*, avril 1908, p. 1.

(9) SHERREN. *Lancet*, 1907, p. 1362.

(10) BUSCH. *Archiv f. klin. Chir.*, 1909, t. 90, 1.

(11) VEYRASSAT. *Rev. de Chirurgie*, 1908, p. 264.

(12) CHALIÉ. *Lyon médical*, 1^{er} avril 1912.

tation plus délicate, car sept ans après gastro-anastomose et excision avec libération d'adhérences d'un ulcus de la petite courbure, compliqué de *sténose* du pylore, l'autopsie montra la perméabilité et du pylore et de la néo-bouche. Gray (1) a toujours vu, à l'aide des Rayons X, le passage des aliments se faire par l'anastomose, le pylore étant cependant libre. Pers (2) va plus loin. Il admet que l'état du pylore n'a aucune influence ni sur la voie prise par le contenu de l'estomac, ni sur la rapidité de son évacuation.

En réalité, il faut toujours tenir compte de la possibilité d'un spasme pylorique, parfois créé par les conditions d'observation. Stillér (3) incrimine, en effet, dans ces expériences, l'action irritante des mets bismuthés sur la paroi gastrique, provoquant par fois un état de contraction artificielle du viscère. L'ulcère en évolution est fréquemment le point de départ, par action excitante du suc gastrique hyperacide, d'un réflexe ayant pour résultat une excitation spasmodique du sphincter pylorique. *Dans ces conditions*, seulement, l'anastomose peut alors remplir son office. Les ulcères placés au voisinage du pylore (antre pylorique) sont ainsi plus favorablement influencés que d'autres, parce que leur irritation engendre très facilement le spasme. Le rôle de la fistule gastro-intestinale cesse le jour où l'ulcère passe au stade de cicatrisation, grâce à une évacuation gastrique plus facile et au reflux de bile et de suc pancréatique, constituant une excellente cure alcaline interne. Les aliments cheminent alors de nouveau par le pylore et la voie anastomotique est de moins en moins utilisée. « Elle commence à se rétrécir et, finalement, n'est plus utilisée pour l'issue du contenu gastrique dans l'intestin » (Payr) (4).

Les aliments peuvent aussi emprunter la voie du pylore sans que la néo-bouche cesse de rester perméable, bien qu'inutilisée. C'est là une explication possible du fait de Jaboulay, cité plus haut. La muqueuse intestinale est généralement si bien soudée à

(1) GRAY. *Lancet*, 21, sept. 1908.

(2) PERS. D'après *Centralblatt f. Chir.*, 1909, p. 1414.

(3) STILLER. *Arch. f. Verdauungskrankh.*, t. 16, p. 2.

(4) PAYR. *Deutsche Gesellsch. f. Chir.*, t. 39, 1910, p. 689.

la muqueuse gastrique, au niveau de l'orifice d'abouchement des deux viscères, qu'en théorie du moins, on s'explique plus aisément la pérennité de la fistule que son oblitération.

Un dernier reproche, enfin, a été fait par les physiologistes à la gastro-jéjunostomie : c'est d'altérer, dans une certaine mesure, le mécanisme physiologique de l'estomac, en excluant le duodénum du cycle digestif. La sécrétion pancréatique est à peu près uniquement provoquée et entretenue par voie humorale : l'action du suc gastrique acide sur la muqueuse duodénale engendre une substance appelée sécrétine qui, résorbée et entraînée par le sang jusqu'aux cellules pancréatiques, en détermine l'activité. La muqueuse du duodénum commande, d'autre part, l'évacuation de l'estomac en déterminant réflexivement la fermeture du pylore sous l'action des aliments acides déversés par l'estomac, et son relâchement, quand le chyme acide a été neutralisé par les sucs biliaire et pancréatique alcalins. En supprimant l'action du suc duodénal, on déterminera donc des troubles de l'assimilation.

Heinsheimer (1), Rosenberg (2), Joësslin (3), Paterson (4), ont constaté après la gastro-entérostomie la digestion imparfaite du blanc d'œuf et des graisses, Trikom Nikoleisen (5), l'assimilation imparfaite des graisses. Bréchet (6), en supprimant chez des animaux l'action du suc duodénal, a trouvé les substances grasses non émulsionnées et les albuminoïdes non digérés, les cellules gardant leur noyau.

Cameron (7) a fait les mêmes constatations dans sept cas et, pour remédier à la diminution de la sécrétion acide dans l'estomac et éviter les désordres consécutifs, conseille une alimentation mixte après l'opération. On sait, en effet, que les protéiques fixent les acides sous forme de combinaisons instables, tandis que les hydro-

(1) HEINSHEIMER. *Mitt. a. d. Grenzgeb.*, 1891, t. I.

(2) ROSENBERG. *Arch. f. d. gesamte Physiologie*, t. 73.

(3) JOËSSLIN. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1897, n° 48.

(4) PATERSON. *The Lancet*, 21, IX, 1907.

(5) TRIKOMI, NICOLEISEN in LIEBLEIN. *Loc. cit.*, p. 284.

(6) BRÉCHOT. Thèse Paris, 1909.

(7) CAMERON. *Brit. Med. Journal*, 1908, p. 140.

carbonés et les graisses ne les fixent pas. Katzenstein (1), au contraire, tire de ses expériences la conclusion que les ferments du suc pancréatique agissent même en milieu acide, tandis que la pepsine perd son activité en milieu alcalin. Il faut donc favoriser le reflux intra-gastrique des sucs alcalins intestinaux, par des repas légers et fréquents, contenant une certaine quantité de graisse, dont l'action sur la sécrétion pancréatique est peu abondante, il est vrai, mais indiscutable, ainsi que par des boissons abondantes.

Ainsi, pendant qu'un auteur attribue tous les maux à l'abaissement de l'acidité gastrique, qu'il cherche à relever, en administrant des aliments variés, l'autre, par le même procédé, recherche l'effet opposé en favorisant l'afflux, dans l'estomac, de substances alcalines. Il paraît donc bien difficile de se faire une opinion sur l'effet réel apporté dans la digestion, par l'exclusion du duodénum de la circulation intestinale. Beaucoup d'auteurs ne paraissent pas avoir suffisamment tenu compte de la possibilité, pour les aliments, de franchir l'anse duodénale, si le pylore restait perméable, et peut-on alors parler d'exclusion du duodénum ?

II. -- Argumentation des adversaires de la gastrectomie

De nombreux reproches ont été faits à la méthode radicale. Celui qui a été le plus souvent adressé par l'unanimité des auteurs, c'est d'être une opération grave, entraînant une mortalité immédiate très élevée, surtout si on la compare à celle de la gastro-entérostomie.

Sans remonter aux statistiques trop anciennes de Mintz, Haberkant, Mikulicz, Marion, nous constatons que Warnecke, en 1904, trouvait 39 morts sur un ensemble de 100 gastrectomies.

Bamberger, en 1909, indique une mortalité moins élevée de

(1) KATZENSTEIN. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1907, n^{os} 3 et 4.

22,5 % (mortalité immédiate = 20,3 %), mais encore plus forte que celle de la gastro-entérostomie, qui atteint seulement 12,9 % (mortalité immédiate = 8,2 %, mortalité tardive = 4,7 %). Payr, en compulsant les statistiques globales de quelques auteurs, déjà publiées dans la littérature, en y ajoutant quelques autres qu'il doit à l'obligeance de divers collègues, et la sienne propre, a rassemblé un chiffre de 465 cas d'excisions et de résections pour ulcère de l'estomac.

Dans cet ensemble important d'opérations, ne figurent que 46 cas mortels, ce qui porte la mortalité à 10 %, chiffre modéré si l'on songe à la gravité des cas soumis à l'intervention chirurgicale. Même certains opérateurs particulièrement heureux, comme les frères Ch. et W. Mayo (1), ne comptent, sur un nombre de 78 opérations (38 excisions, 40 résections), que deux morts ; Moynihan (2), avec 51 cas, n'a qu'un décès, et Payr lui-même sur 30 opérations, n'a eu à déplorer que deux cas malheureux, l'un sur 10 cas d'excision, l'autre sur 20 cas de résection.

Le chiffre de 10 %, donné plus haut, montre ce que l'on est en droit d'attendre des progrès de la chirurgie gastrique dans la technique des opérations radicales. Comparé cependant au chiffre de la mortalité de la gastro-entérostomie, que Krönlein (1) en 1906 estimait de 8 à 10 %, et que l'on peut abaisser aujourd'hui à 5 % (certains auteurs ne dépassent même pas 1,7 à 2 %), il n'en reste pas moins un peu plus élevé. Payr, partisan déterminé de la gastrectomie, déclare qu'il serait fou de le nier ; mais il voudrait qu'on tint compte, dans les statistiques de la résection, des renseignements fournis par l'examen histologique préalable ; la mortalité du fait de l'ulcère serait certainement moins élevée alors que ne le pensent certains auteurs. « L'ulcère cancéreux, outre qu'il déprime l'état général par la douleur, offre de mauvaises chances de guérison, lorsque la teneur en Hcl diminue à un stade avancé du mal.

(1) CH. et W. MAYO. *Annals of Surgery*, 1908, t. 47.

(2) MOYNIHAN, cité par BIRCHER, *Longenbeck's Archiv.*, t. 83, p. 282.

(1) KRÖNLEIN. *Verhandl. d. D. Gesellsch. f. Chirurgie*, 1906, 2^e partie.

On risque beaucoup plus d'infecter le péritoine avec un suc gastrique non acide. »

Il ne faut pas oublier, en effet, que maints opérateurs n'ont recours à la méthode radicale que dans les cas graves suspects de cancer et souvent, nous l'avons vu, déjà cancérisés. Les chirurgiens qui pratiquent systématiquement la résection dans tous les cas qui leur sont soumis, n'observent plus qu'une faible mortalité : Jedlicka, par exemple, n'a qu'une léthalité de 2 %. Il faut savoir que la forme de l'ulcère et l'étendue de l'opération influent sur la gravité.

Riedel, qui fend courageusement la paroi gastrique pour aller exciser un ulcère calleux soudé au pancréas ou au foie, se plaint encore d'une assez forte mortalité.

Nombre d'opérateurs sont arrêtés dans leurs tentatives par les difficultés opératoires de la résection.

Une exploration attentive de la cavité gastrique est souvent nécessaire avant de trouver l'ulcère. Il arrive qu'on soit obligé de refermer le ventre sans avoir pu rien découvrir, car « le diagnostic topique de l'ulcère, même après la gastrectomie est souvent impossible » (Krönlein⁽¹⁾). Cela est vrai, surtout pour certains ulcères hémorragiques. Hartmann, Tuffier, d'autres se sont trouvés en face de pareille éventualité.

Quelquefois l'étendue de l'ulcère est un obstacle redoutable. Comment, à moins d'une résection totale de l'estomac, enlever un ulcère, comme celui que Cruveilhier a décrit, qui occupait la petite courbure du pylore au cardia, et mesurait 16 cm. 5 de long sur 8 cm. 5 de large ? Quelques chirurgiens ne sont pas rebutés par une pareille difficulté et excisent même de larges ulcères. Deanesly⁽²⁾ enleva un ulcère simple, qui réduisit d'un quart la capacité de l'estomac.

Quand l'ulcère occupe une situation favorable très accessible, comme à la face antérieure de l'estomac, beaucoup n'hésitent pas à en pratiquer l'ablation. Malheureusement, les statistiques de

(1) KRÖNLEIN. *Arch. f. klin. Chir.*, t: 79, 1906.

(2) DEANESLY. *The Lancet*, 20 août 1910, p. 554.

Brinton, de Debove et Rémond, ont montré que les sièges de prédilection de l'ulcère sont la face postérieure, la petite courbure et l'extrémité pylorique, de sorte que dans plus de la moitié des cas, l'ulcère est d'un abord très difficile. L'ulcère du cardia est aussi d'une ablation peu aisée.

Un grave inconvénient est réalisé par l'existence fréquente d'adhérences inflammatoires, très fermes, soudant et incorporant l'ulcère aux organes voisins. Il faut alors libérer au préalable l'estomac, avant de s'attaquer à l'ulcère, temps très difficile, parfois insurmontable et qui ne va pas toujours sans hémorrhagie et blessure des organes voisins, parfois large perforation du viscère. Il peut arriver qu'on ne puisse libérer ces adhérences, dont l'infiltration lointaine a des limites difficiles à préciser, ou de ne pas arriver à les détacher complètement. On s'expose alors, fait remarquer Kreuzer (1), par des tentatives inconsidérées, ou bien à faire une opération dangereuse pour la vie ou à laisser subsister une portion malade, rendant très fragile le maintien d'une suture et dont le processus ulcéreux peut continuer à évoluer. Ainsi a-t-on pu dire que l'opération était souvent plus difficile que dans le cancer gastrique lui-même, car la longue durée de l'ulcère permet la constitution de ces vastes périgastrites que des auteurs comme Bouveret, Fournier (2), même dans le cancer, attribuent presque exclusivement à l'ulcère ou tout au moins au cancer greffé sur un ulcère.

A la vérité, ceux qui défendent la résection, objectent à leur tour que les adhérences avec le foie, la vésicule biliaire, le côlon, peuvent amener de graves désordres dans les fonctions gastriques et que leur libération est nécessaire ; mais aussi la résection devient praticable (Lauenstein (3), Fick) (4).

Une opération radicale, même sans gastrectomie, peut dégénérer

(1) KREUZER. *Beiträge z. klin. Chir.*, t. 49, p. 453.

(2) FOURNIER. *Lyon médical*, 17 janvier 1897.

(3) LAUENSTEIN. *Verhandl. des XXI Ch. Congress. et Langenb. Archiv f. klin. Chir.*, t. 45.

(4) FICK. *Archiv f. klin. Chir.*, t. 63.

en désastre : ainsi l'ablation d'un ulcère de la petite courbure. Riedel (1) a fort bien attiré l'attention sur ce point. L'infiltration de l'ulcère s'étend progressivement sur les zones de plus en plus étendues de la paroi gastrique antérieure et postérieure et rapproche petit à petit le cardia du pylore, donnant à l'estomac la forme d'une bourse. Si l'on excise la portion rétrécie paraissant correspondre à l'ulcère, les points extrêmes de l'estomac s'étirent considérablement ; le tissu friable, qui les maintenait rapprochés, cède et le chirurgien se trouve placé devant une vaste perte de substance d'où s'écoule un liquide gastrique plus ou moins septique. S'il tente alors de pratiquer une suture transversale, il expose la paroi à un violent tiraillement et peut craindre une déchirure des fils, avec ses conséquences ; l'emploi d'une suture longitudinale, au contraire, rétrécit la lumière gastrique et conduit à un estomac biloculaire. Force lui sera donc souvent de réséquer tout un segment circulaire de l'estomac, et de réunir les tranches de section, en pratiquant ou non une gastro-entérostomie sur la portion cardiaque. Une intervention aussi large n'est pas pour tenter, surtout dans de pareilles conditions ; beaucoup de chirurgiens et, surtout le malade, a-t-on dit, ne voudraient pas toujours s'exposer à ses dangers. Or, il est incontestable qu'on peut se trouver amené à augmenter de beaucoup l'étendue d'une résection, quel que soit le siège de l'ulcère.

Il est une objection qu'on voit actuellement moins souvent formulée que par le passé, contre la résection : c'est la possibilité de voir, au cours de l'opération, s'écouler dans le péritoine, une partie du contenu de l'estomac. Depuis qu'on sait inciser, avec un danger minimum, de très vastes collections septiques dans l'abdomen, le danger est moins grand, et on est arrivé à en triompher presque complètement avec l'amélioration de la technique des interventions gastriques, les progrès de l'instrumentation, la préparation minutieuse que subit le malade avant l'opération (aseptie de la cavité gastrique par les lavages, etc.). Le péril d'une péritonite n'en est pas, pour cela, sûrement écarté, car la suture sur des parois sto-

(1) RIEDEL. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 74.

macales épaisses, altérées dans leur structure peut, en certains cas, ne pas offrir des garanties suffisantes de solidité, d'où désunion ultérieure de la plaie.

Enfin, si l'on ajoute que la résection constitue un traumatisme considérable pour des malades parfois cachectiques, souvent épuisés par une maladie chronique, on s'explique la préférence que nombre de chirurgiens avouent pour la gastro-entérostomie, opération courte et facile, ménageant les forces du malade, surtout si on la pratique à l'anesthésie locale, applicable à peu près dans tous les cas, évitant les dangers d'infection par une incision petite et la durée brève de l'ouverture du tractus gastro-intestinal, pouvant être faite en tissu sain et presque toujours à l'emplacement de choix.

Le propre d'une opération radicale, c'est d'enlever définitivement le mal. Or, la résection mérite-t-elle cette appellation, ont fait valoir quelques adversaires, si elle laisse échapper des ulcères qui vont amener la récurrence, comme il arrive quand il y a coexistence de plusieurs ulcères ?

Que la multiplicité des lésions ne soit par une rareté, c'est ce que prouvent les conclusions de Brinton, d'après lequel, il y aurait deux ulcères au moins une fois sur cinq. « Sur 97 cas d'ulcères multiples, correspondant à 463 observations, 67 présentaient deux ulcères, 16 en présentaient 3 et, sur les 14 restants, 3 offraient 4 ulcérations ; dans deux cas, on trouvait chaque fois 5 ulcères, enfin, dans 4 autres, on pouvait en supposer un nombre plus grand encore. » Carless (1) admet dans 13 % des cas, la présence de plusieurs ulcères, et Riedel estime que les cas d'ulcères multiples sont plus nombreux que ceux où l'ulcère est isolé. Leur proportion dépasse, selon cet auteur, 50 % (30 fois sur 58 observations).

Ainsi, l'excision d'un ulcère expose le malade à de gros dangers, et il peut n'en tirer aucun bénéfice. On a souvent rappelé le cas de Schuchardt, qui, malgré l'opération, mourut des suites d'un

(1) CARLESS. *The Lancet*, 1900.

deuxième ulcère, que l'autopsie fit découvrir. D'après Warnecke (1), Braun eut un pareil échec. Chez le seul des neuf malades opérés radicalement par Rotgans (2), qui succomba du fait de l'opération, l'autopsie montra dans l'estomac la présence d'une série d'ulcères qui avaient échappé pendant l'intervention. Plusieurs observations ont été ainsi rapportées dans la littérature médicale.

Noetzel (3), à la vérité, admet que la présence de plusieurs ulcères n'est pas une contre-indication pour enlever ceux qu'on trouve, car les autres régressent après l'intervention ; mais cette opinion est loin d'être généralement admise.

Il n'est même pas toujours possible d'incriminer l'oubli d'un ulcère pour expliquer la récurrence. Parfois, les troubles qui avaient motivé l'opération, continuent sans avoir été influencés (Albertin, etc.) ; parfois, l'amélioration momentanément obtenue, cesse et le malade se voit affligé de ses anciens maux (Mikulicz, Rydygier, Busch) ; d'autres fois enfin, il se produit des rechutes tardives. Le malade de Billroth avait subi la résection d'un ulcère du pylore. Plus tard, il revint à la clinique avec une hématoméose considérable, que la gastrotomie ne permit pas de découvrir. A l'autopsie, on découvrit une ulcération de l'artère pancréatico-duodénale, au fond d'un petit ulcère. Eiselsberg vit des hémorragies se produire après l'excision d'un ulcère du cardia. Le même auteur cite une observation où la résection typique d'un ulcère calleux, avec association de la gastro-entérostomie (deuxième manière de Billroth), n'empêcha pas l'apparition d'un ulcère peptique au niveau de l'anastomose, avec perforation ultérieure, qui tua le malade. Van Kacker perdit également un malade par perforation ultérieure d'un nouvel ulcère. D'autres récurrences ont été observées par Rydygier, Körte et Hertzfeld, Lorenz, Hinterstoisser, Stich, Brenner, etc.

Les adversaires de la méthode ne sont pas en peine d'expliquer

(1) WARNECKE (Franz). Göttingen, 1903.

(2) ROTGANS. *Congrès international de Chirurgie*. Bruxelles, 1905.

(3) NOETZEL. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1906, t. 51.

ces insuccès. Tantôt, l'opération a manqué complètement son but : ainsi le cas où l'excision partielle d'un ulcère du pylore laisse une cicatrice, suivie de sténose (Busch, etc.). Tantôt, comme Körte et Hertzfeld (1) l'ont fait remarquer, l'opération est peu utile : ainsi une pylorectomie pour atrésie du pylore, avec dilatation consécutive de l'estomac. Le fond de l'organe est notablement plus profond que la portion pylorique, et l'évacuation du contenu gastrique se fera mal, même après enlèvement de l'obstacle. Löbker, déjà, faisait le même reproche à la pyloroplastie. Il est beaucoup plus utile, dans ces cas d'atonie, pour éviter les inconvénients de la stagnation des aliments, de pratiquer une anastomose gastro-intestinale, près du fond.

Quelquefois la résection non seulement n'agit pas sur les troubles de la maladie : elle les aggrave. Il s'agit surtout de ces vastes ulcères calleux, où une opération mal réglée, atypique, aboutit à un estomac de forme bizarre, résultat d'un vaste délabrement, suivi de sutures enchevêtrées. Ces déformations peuvent aboutir à une biloculation de l'estomac et une deuxième opération est souvent requise (Brenner, etc.).

De plus, ajoutent d'autres, la simple excision d'un ulcère est incapable de modifier l'hyperacidité du suc gastrique et son action nuisible sur la muqueuse : autre explication de la prédisposition aux récidives après la gastrectomie. La disparition d'un symptôme de la maladie, l'ulcération, n'a nullement modifié les causes de la gastropathie et rien n'empêche qu'elles ne répètent leur effet. Jedlicka, lui-même, paraît convaincu par cet argument, quand il recommande de réserver la simple résection de l'ulcère aux cas où la lésion n'est pas compliquée d'hyperacidité du suc gastrique (forme hypo-acide ou indolente de l'ulcère de l'estomac). Chaque fois que la maladie est combinée à l'hyperacidité, surtout quand le muscle pylorique est fortement hypertrophié, il prescrit de pratiquer en outre la résection du pylore.

A la vérité, la pylorectomie elle-même, d'après quelques auteurs, donnerait des résultats fonctionnels peu brillants.

Dans le cas, déjà ancien, examiné par Bela von Imredy (1), les

(1) KÖRTE et HERTZFELD, *Archiv f. klin. Chir.*, t. 61, 1901.

fonctions sécrétoires et motrices furent momentanément améliorées ; mais la récédive des troubles gastriques obligea, cinq semaines plus tard, à commencer des lavages d'estomac, et sous leur action seulement, le volume de l'estomac diminua et les fonctions motrices se firent régulièrement.

Rencki (2) étudia trois des malades pylorotomisés par Rydygier. Dans un cas, il y eut une paralysie motrice de l'estomac (gastroplogie) avec dilatation aiguë consécutive et insuffisance de la suture. Dans les deux autres cas, le résultat fut d'abord très encourageant : disparition des troubles, amélioration de l'état général, augmentation du poids. Les fonctions motrices se faisaient d'une manière idéale. Les dimensions de l'estomac retournèrent à la normale ; dans un cas même, le pouvoir moteur était accéléré. L'estomac insufflé d'air était parfaitement continent. La suractivité sécrétrice disparut. Rencki constata un abaissement rapide de la sécrétion de l'Hcl, avec augmentation de la production de mucus, avec, même, un léger degré initial de catarrhe muqueux. Dans les deux cas, il y avait de la bile. Mais ce beau résultat ne dura pas. Un an après l'opération, les anciens troubles avaient fait leur réapparition chez un des malades, et quatre ans et demi plus tard, on constatait un état général de dépérissement et une forte altération des fonctions chimiques et motrices de l'estomac. Il y avait une sécrétion exagérée d'acide chlorydrique, et le malade finit par mourir d'un nouvel ulcère.

Le résultat fut cependant meilleur dans le troisième cas.

Il importe de noter que les conclusions de Bela v. Imredy et Rencki se rapportent à des observations où l'intervention n'eut qu'un succès éphémère, ce qui est loin d'être la règle, et que des recherches, portant sur un plus grand nombre de cas, comme celles de Soupault, ont abouti à des résultats beaucoup plus encourageants.

Un dernier argument des résectionnistes, que leurs adversaires n'admettent pas sans discussion, c'est celui du péril de la dégéné-

(1) BELA-IMREDY, d'après LIEBLEIN, *Deutsche Chirurgie*, t. 46 c., p. 289.

(2) RENCKI. *Mitt. a. d. Grenzgebiet*, 1901.

rescence cancéreuse, beaucoup plus à craindre aux dépens d'un ulcère laissé en place, que d'une cicatrice linéaire de résection. Eiselsberg (1) ne s'est plus jamais fondé sur ce motif pour opérer un ulcère, depuis qu'il a pu, à deux reprises, constater le développement d'un cancer sur la cicatrice linéaire du cœcum, après une appendicectomie sans suites réactionnelles.

Hochenegg (2), aussi, estime que les risques d'une récurrence de l'ulcère ou de l'apparition d'un cancer ne sont aucunement évités par la résection. Il pense que cette dernière intervention est plus grave à cet égard que la gastro-entérostomie et que les complications sont plus probables avec une cicatrice circulaire, occupant tout l'estomac (gastrectomie annulaire), qu'avec une cicatrice d'ulcère, obtenue par la méthode ordinaire.

En résumé, disent quelques auteurs : la méthode radicale est passible des mêmes reproches que celle qu'elle prétend remplacer, en ce qui concerne la récurrence par perforation, hémorragie, cancer ou la récurrence simple. Mais comme elle a en outre une léthalité beaucoup plus élevée, il est permis de s'aider d'une intervention moins étendue et qui reste moins grave, même si on lui impute tous les cas ultérieurs de mort, qu'on met à la charge de la méthode. De plus, la gastro-entérostomie est loin d'être inefficace dans les cas compliqués de volumineuses tumeurs calleuses. Pas plus qu'une autre opération, elle n'agit directement sur la cause plus ou moins connue de la maladie, dont le symptôme local est l'ulcère, mais elle est adjuvant puissant de la thérapeutique médicamenteuse, qui doit la précéder et la suivre. En empêchant les aliments d'irriter l'ulcère, elle diminue l'irritation réflexe des nerfs sécrétoires et le spasme du pylore ; la brèche gastrique, en agissant sur la stase, a, comme résultat d'augmenter le tonus de la musculature et d'améliorer la motilité. La médication alcaline réalisée par le reflux des sucs alcalins dans l'estomac, diminue l'hyperacidité, et par là, les chances de guérison. L'opération facilite la guérison, si elle ne la produit pas.

(1) EISELSBERG. *Congrès internat. de Chir.* Bruxelles, 1905.

(2) HOCHENEGG. *Wien, klin. Wochenschrift*, 1910, t. 23, 32, 34.

Nous venons de montrer l'état actuel de la question du traitement chirurgical. Il est intéressant de voir *comment les chirurgiens résolvent le problème en pratique.*

III. — Conduite des divers chirurgiens.

Quelques chirurgiens se déclarent enchantés de la gastro-entérostomie et y ont recours dans tous les cas. Il s'agit, il est vrai, de la minorité des opérateurs. Payr (1) a été frappé de cette variabilité d'opinions, de la part de bons observateurs, sur une opération si courante et il en a trouvé en partie la raison. Une enquête chez divers de ses collègues lui a appris que certains de ceux-là avaient toujours opéré des ulcères du pylore et jamais d'ulcères localisés au corps de l'estomac. Il note que le diagnostic d'ulcère calleux de la petite courbure ou de la paroi postérieure passe souvent inaperçu, tandis que l'ulcère du pylore, compliqué de sténose ou d'hémorrhagies chroniques est vite reconnu et soumis au bistouri. Or, l'opération palliative donne de très brillants résultats dans le dernier cas, et le chirurgien n'est nullement porté à l'abandonner.

Beaucoup reconnaissent que la gastro-entérostomie n'a de bons effets que dans une partie des cas, mais ils estiment que tous les procédés chirurgicaux comportent une part d'insuccès et que le meilleur est le moins dangereux.

D'autres en sont arrivés à penser que dans certains cas déterminés, l'excision ou la résection possède une supériorité incontestable, mais ils ne semblent pas pousser plus loin leur audace.

L'école, qu'on pourrait appeler éclectique, prend dans chaque méthode ce qu'elle paraît offrir de bon et, suivant les circonstances, utilise la gastro-entérostomie ou la méthode radicale, employée seule ou en combinaison avec une autre opération.

Mikulicz, au XXVI^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, estimait que la meilleure opération dirigée contre l'ulcère, était la pyloroplastie, puis la gastro-entérostomie. La résection lui

(1) PAYR. *Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie*, t. 29, 1910, p. 640.

paraissait le moyen le plus dangereux. Il ne recommandait la résection segmentaire que dans le cas d'une menace de perforation, si l'ulcère siégeait sur la paroi antérieure de l'estomac.

Kausch (1) s'exprime à peu près dans les mêmes termes.

Rotgans (2) préfère la résection quand les douleurs et les hémorrhagies sont la cause principale de l'intervention et quand l'ulcère a un siège favorable pour l'excision.

Riedel (3) ne recommande la simple excision que dans les ulcères de la grande courbure ou dans les ulcères, qui menacent une perforation, chez les malades trop faibles pour une intervention plus large.

Körte et Herzfeld (4) sont d'énergiques partisans de l'anastomose gastro-intestinale, mais ils opèrent radicalement les ulcères non adhérents de la région pylorique ou juxta-pylorique, s'ils suspectent un cancer.

Graf (5) déclare que la résection est indiquée quand on craint un cancer, relativement indiquée dans certains cas d'ulcère hémorrhagique ou d'ulcère perforé.

Kocher, d'après Gilli (6), fait seulement l'excision des ulcères suspects et préfère la gastro-entérostomie ou mieux la gastro-duodénostomie dans les autres cas. Au dernier congrès de chirurgie allemande (1912), il déclare que la résection de l'ulcère est une erreur dans la majorité des cas et que la G. E. empêche mieux la transformation cancéreuse.

Borszeky (7) également, n'opère radicalement que les cas douteux.

Kindl (8) réserve pour la résection, les ulcères avec hémorrhagies

(1) KAUSCH. *Handbuch der prakt. Chirurgie*, von BERGMANN und v. BRUNS, t. 3, 1907.

(2) ROTGANS. I^{er} Congrès international de Chirurgie, 1905.

(3) RIEDEL. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1909, 1 et 2.

(4) KÖRTE et HERZFELD. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 63, 1901.

(5) GRAF. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, t. 90, 1907, p. 365.

(6) GILLI. *Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, t. 18, 1907.

(7) BORSZEKY. *Beiträge z. klin. Chir.*, t. 87, 1908.

(8) KINDL. *Beiträge z. klin. Chir.*, t. 63, 1909, p. 19.

graves, quand le siège de l'ulcère fait espérer une guérison facile et prompte, et principalement dans les cas où l'on craint le cancer, dans ceux où la gastro-entérostomie est restée sans succès. Mais le diagnostic de cancer est difficile ; tout dépend alors de la facilité ou de la difficulté de l'opération. Si celle-ci est facile, on y a recours ; si elle est difficile, on ne la fait pas, surtout quand il y a des adhérences dont on ne sait si elles ne sont pas purement inflammatoires.

Krönlein (1) se prononce aussi en faveur de l'opération courante et ne pratique que tout à fait exceptionnellement l'excision de l'ulcère. Il a renoncé à cette dernière opération, sauf si la bénignité de l'ulcère est très douteuse.

Quelques chirurgiens font dépendre leur décision de l'état chimique de la sécrétion gastrique et de la perméabilité du pylore. Si l'acidité chlorhydrique n'est pas normale, si le pylore est fermé par un anneau musculaire rigide de contraction, ils excisent l'ulcère, mais en y joignant alors une intervention, telle que la pylor-rectomie (Jedlicka) (2), ou une opération moins grave, comme la gastro-entérostomie ou la pyloroplastie.

Cette méthode a paru idéale à certains opérateurs. L'ablation de l'ulcère évite les complications immédiates de l'ulcère, et la gastro-entérostomie surajoutée, écarte les complications éventuelles qui menacent le sujet, si un deuxième ulcère a échappé ou s'il se produit une récurrence en un autre point de la cavité gastrique. Les deux opérations cumuleraient en quelque sorte leurs avantages, en vue d'une guérison définitive. Suivant son tempérament, chaque auteur pratique systématiquement l'association ou ne l'utilise que dans les cas où il est obligé d'intervenir radicalement.

Martin (3), élève de Mikulicz, n'excise l'ulcère que dans une situation favorable, ou avec la crainte d'un cancer. Il associe la gastro-entérostomie à l'opération.

Krönlein (4) pense que l'excision n'atteint pas autant que l'anas-

(1) KRÖNLEIN. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 79, 1906.

(2) JEDLIKA. *Z. oper. Bhdg. d. Magengeschw.* Prag., 1904.

(3) MARTIN. *Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, t. III, suppl. 1907.

(4) KRÖNLEIN. *Loco cit.*

tomose la cause de l'ulcère ; mais celle-là n'est rationnelle dans une certaine mesure que si elle est combinée avec la dernière opération.

Lieblein (1) regarde comme indiquée l'excision ou même la pylorectomie, si on a lieu de craindre une perforation ou une dégénérescence maligne, si l'ulcère siège à la paroi antérieure du viscère, si la sécrétion gastrique est normale. Il prescrit, en cas d'hyperacidité, de spasme du pylore ou d'un début de sténose pylorique, de combiner l'excision avec une opération palliative, pyloroplastie ou gastro-entérostomie, suivant qu'il est requis. Cette même combinaison a été conseillée pour les ulcères ayant leur siège voisin du pylore, car l'excision rétrécit la lumière gastrique et la rétraction de la cicatrice peut donner lieu à une sténose du pylore. On peut aussi alors associer la gastro-entérostomie à la pylorectomie, ce qui constitue, on le sait, le trait caractéristique de la deuxième manière de Billroth, en se fondant soit sur des arguments théoriques, soit, comme Riedel, sur le peu de résistance de la suture duodéno-gastrique.

Les ulcères du corps de l'estomac, eux, se prêtent parfois à la méthode ingénieuse des frères Mayo (2) qui, dans deux cas, pratiquèrent, avec le bistouri, une perforation artificielle de l'ulcère et, après avoir rapproché la perte de substance, firent l'anastomose gastro-intestinale.

En France, Terrier et Hartmann (3) estiment l'excision simple et recommandable pour les ulcères de la face antérieure, mais celle-ci ne doit pas dispenser de la gastro-entérostomie. Monprofit (4) recommande aussi l'intervention double. Jaboulay et son élève Rivière (5) sont très partisans de cette méthode et conseillent d'y recourir systématiquement, car elle donne les plus beaux résultats.

(1) LIEBLEIN. *Loc. cit.*

(2) MAYO. *Annals of Surgery*, 1908.

(3) TERRIER et HARTMANN. *Chirurgie de l'estomac*. Paris, 1898.

(4) MONPROFIT. *La gastrectomie*. Paris, 1908.

(5) RIVIÈRE. Thèse Lyon, 1906.

Nous avons vu que les travaux récents avaient établi l'importance qu'il fallait attacher à la localisation de l'ulcère au niveau du pylore ou du corps de l'estomac. Clairmont (1), élève de v. Eiselsberg, a beaucoup insisté sur ce point : « Quand l'ulcère, en deçà du pylore, occupe le corps de l'estomac, la petite courbure, la paroi antérieure ou postérieure de l'organe, en un mot quand il occupe la zone extrapylorique, la gastroplastie, la gastro-anastomose, la pyloroplastie ne donnent que de mauvais résultats, et la gastro-entérostomie des résultats peu satisfaisants. Il faut faire appel à d'autres méthodes opératoires. » L'intervention la meilleure, pour l'auteur, c'est la gastrectomie segmentaire ou circulaire.

Riedel (2) est du même avis. Il préfère la gastro-entérostomie pour l'ulcère du pylore, mais a recours à la gastrectomie dans les autres cas. La pyloroplastie est, pour lui, une très mauvaise opération.

Krogius (3), se basant sur le résultat de ses opérations, estime que dans l'ulcère en évolution, non sténosant, les opérations palliatives, gastro-entérostomie et pyloroplastie, ne sont que des « opérations de circonstance. » Ce qu'il faut, c'est exciser l'ulcère.

Van Hacker (4) ne croit pas l'excision dangereuse dans les ulcères envahissants du corps de l'estomac, mais il faut prendre garde qu'il n'existe quelque sténose, même spasmodique, auquel cas il faut joindre une gastro-entérostomie.

Bamberger (5) conclut à son tour que, si l'état des forces du sujet le permet, il faut plus souvent que par le passé, faire place aux méthodes radicales dans les ulcères du corps.

Payr (6), aussi, a montré l'impuissance de l'anastomose gastro-intestinale dans cette localisation de l'ulcère, mais il utilise avec

(1) CLAIRMONT. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, XX, 2.

(2) RIEDEL. *Loc. cit.*

(3) KROGIUS. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 75, 1905.

(4) V HACKER in HOFMAN. *Beit. z. klin. Chir.*, t. 50, 1907.

(5) BAMBERGER. *Loco citato*, p. 141.

(6) PAYR. *Passim*.

grand succès l'opération dans la sténose vraie du pylore et n'a recours alors à la résection que si la constitution du malade est excellente et en présence d'un ulcère calleux, ancien ou évoluant avec une rapidité insolite. Kummel (1), enfin, résèque les ulcères de la petite courbure. Il est moins radical pour les ulcères du pylore. Dans le doute sur la bénignité de la lésion, il fait d'abord une G. E., puis ajoute la résection si quinze jours plus tard la tumeur n'a pas disparu.

Quelques chirurgiens (Rydygier, Ali Krogins, Bakes, Hintertoisser, Jonnesco, etc.), sont encore plus hardis que ceux que nous venons de nommer et réclament, pour tous les cas qui s'offrent dans la pratique, l'excision ou mieux encore, la résection. Celui qui paraît être allé le plus loin dans cette voie, est Jedlicka (de Prague), qui considère la gastrectomie comme l'opération normale dans l'ulcère chronique de l'estomac.

L'étude de ses observations lui a montré que la mortalité des opérations radicales n'était pas plus élevée que celle des opérations palliatives, alors que les résultats éloignés étaient bien meilleurs.

Sa manière de procéder est la suivante : il fait d'abord une gastrotomie exploratrice, assèche la muqueuse gastrique, passe le doigt sur tout l'intérieur de la cavité stomacale et se rend ainsi compte de la situation, des dimensions, de l'état de l'ulcère. L'auteur ne pratique pas de lavage préalable de l'estomac, qu'il regarde comme nuisible.

Un ulcère est constaté : il en pratique l'excision, ainsi que du tissu environnant et des vaisseaux. Lorsque coexistent un ulcère et de l'hyperacidité du suc gastrique ou un état spasmodique du pylore, il fait à la fois l'excision et la pylorectomie.

Si l'ulcère est absent, il agit contre la sténose pylorique par une pylorectomie circulaire.

Enfin, si l'ulcère siège au pylore, il enlève ce dernier, en ménageant les tissus n'appartenant pas à l'estomac, comme l'épiploon, les ligaments, les vaisseaux des courbures, même s'ils offrent des symptômes d'inflammation chronique.

(1) KUMMEL. *Congrès de chirurgie allemande, 1912*

D'après lui, l'indication de la résection dans les sténoses bénignes, n'est pas relative, mais absolue, et si le cancer de l'estomac est guérissable, c'est sous la dénomination de sténoses bénignes ; car il est impossible, en face d'un cas donné, de dire s'il s'agit ou non d'un cancer, et s'il s'agit vraiment d'un cas bénin, que le cancer ne surviendra pas ultérieurement.

L'auteur est très partisan des méthodes combinées. Dans l'estomac biloculaire, il recommande, outre la résection de l'éperon, quand il est nécessaire, l'ablation du pylore, la gastroplastie ou la gastro-gastrectomie ; s'il y a ptose, la gastropexie par la méthode de Bier ou Rovsing ; dans d'autres cas, la gastroplication de Bircher et son procédé de gastroplastie ou plutôt d'autoplastie gastrique, au moyen de lambeaux pédiculés qu'on fait pivoter sur leur attache pour boucher une perte de substance et redonner à l'estomac sa forme normale (1).

Plus audacieuse encore que la méthode de Jedlicka, est la méthode récente et ingénieuse de la résection transversale de l'estomac, qu'il nous reste à étudier pour clore ce chapitre. La gastrectomie annulaire médio-gastrique, résection circulaire ou résection transversale dans la continuité (*quere Magenresektion* de Riedel) a été proposée par Riedel pour la cure de la forme sèvere de l'ulcère calleux.

Nous avons vu au chapitre précédent qu'il existe un ulcère calleux, essentiellement rebelle, offrant les conditions les plus déplorable d'une guérison spontanée ou d'une amélioration par le traitement médical. Les auteurs qui décrivirent ces formes de périgastrite ulcéreuse, aboutissant à la formation de tumeurs inflammatoires, estimèrent que la résection était la seule opération capable de modifier radicalement tous les troubles. Hofmeister la recommandait déjà. Schwarz avait recueilli dix cas, dont trois personnels, où l'opération avait donné d'excellents résultats. Bren-

(1) Pour la technique et les schémas d'autoplastie gastrique après déformation de l'estomac, consécutive à la résection de la petite courbure, voir : RIVIÈRE. Thèse de Lyon, 1906 ; — MONPROFIT : *La gastrectomie*, 1908 ; — LERICHE, *Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, mars-avril 1906.

ner, Stich, Riedel, Bakes, Hinterstoisser, Krogius, etc., pratiquèrent cette méthode, et la guérison fut durable dans la plupart des cas. Malheureusement, dans quelques cas, la récurrence survint et on n'obtint d'amélioration qu'au prix d'une cure diététique sévère ou d'une nouvelle opération, la gastro-entérostomie. On proposa alors une combinaison des deux opérations, et dans un cas compliqué de sténose pylorique, Wickershauser (1) obtint un succès. Il s'agissait d'un ulcère stomaco-abdominal. Les adhérences étaient à peine rompues, qu'une perte de substance de trois centimètres de diamètre se faisait à la paroi antérieure de l'estomac ; elle fut refermée partiellement, et son extrémité inférieure servit à l'anastomose gastro-intestinale. On augmenta la sûreté de la suture par une épiplooplastie. Puis, quelques auteurs montrèrent que la gastro-entérostomie elle-même pouvait donner de beaux résultats et dissoudre ces tumeurs : citons parmi ceux-là Brenner (2), Jesset (3), Sherren (4), Busch (5), Eiselsberg et Clairmont (6), Hofmann (7), Körte (8), Graser (9), qui, au Congrès de chirurgie allemande de 1906, démontra la guérison par la gastro-gastro-entérostomie sur des pièces d'autopsie.

Malgré tout, le chiffre des succès est encore assez notable, pour qu'un grand nombre d'auteurs, par ailleurs partisans de la gastro-entérostomie, recourent à l'ablation de l'ulcère pénétrant. Mais on a cherché à améliorer la méthode. Brenner s'en déclarait très partisan, avant d'avoir été ébranlé dans sa conviction, par quelques succès de la méthode radicale, contrastant avec les beaux résultats de l'opération ordinaire. Il conseillait de rompre délibérément les adhérences de l'estomac avec les organes voisins, sans chercher à

(1) WICKERSHAUSER, cité par LIEBLEIN (*loco citato*)

(2) BRENNER. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 78.

(3) JESSET. *The Lancet*. 1901.

(4) SCHERREN. *Clinical Society of London*, mai 1907.

(5) BUSCH. *Archiv f. klin. Chir.*, t. 90, 1909.

(6) CLAIRMONT. *Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, t. XX, 2, 1909.

(7) HOLMANN. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. 50.

(8) KÖRTE. *Langenbeck's Archiv*, t. 63, 1901.

(9) GRASER. *Verhand. d. d. Chir. Kongress*, 1906.

exciser la base de l'ulcère, engagée dans la substance hépatique ou pancréatique, ou dans la paroi abdominale ; temps souvent compliqué d'hémorragies ou d'écoulement de suc pancréatique. On savait déjà, en ce qui concerne la paroi abdominale, que point n'était besoin de réséquer en entier la zone infiltrée par l'ulcération et que les masses calleuses régressaient spontanément après enlèvement de l'ulcère. Mais la méthode de Brenner avait encore l'inconvénient de blesser les organes et de créer de vastes pertes de substance. Il fallait souvent après l'opération, fermer les portions cardiaque et pylorique, et anastomoser la première à l'intestin. L'auteur perdit, en effet, un malade, parce que la suture simple avait rétréci l'estomac, et formé un bissac.

Riedel propose une méthode plus large. Dans les ulcères du pylore ou de la portion prépylorique, accompagnés de sténose, il admet au besoin la gastro-entérostomie, bien qu'il préfère le procédé II de Billroth, qui permet l'extirpation de la tumeur. Il repousse définitivement l'anastomose pour la cure des ulcères de la zone moyenne de l'estomac. Cette intervention lui paraît du reste impossible : 1° quand l'ulcère s'est perforé dans la paroi abdominale antérieure ; 2° quand la portion cardiaque de l'estomac est devenue trop petite, par destruction du segment moyen de l'organe, pour permettre une anastomose avec le jejunum. Les seules indications de l'opération palliative, sont l'envahissement du pylore par les ulcères de la zone moyenne ou la présence d'ulcères isolés dans l'estomac et le duodénum.

A l'excision simple, il propose de substituer l'enlèvement total du segment moyen. Le premier moyen n'a pas donné de bons résultats. Comme il s'agit le plus souvent d'un ulcère de la petite courbure, s'étendant en fer à cheval sur la paroi antérieure et postérieure de l'estomac, l'estomac prend une forme anormale après l'excision. La petite courbure est fortement rétrécie et le viscère forme une sorte de bourse où les aliments stagnent, condition favorable à la formation de nouveaux ulcères quand le suc gastrique est trop acide. L'excision en ce cas n'est permise que s'il y a menace de perforation, avec un état général ne permettant pas une intervention plus étendue.

A la gastrectomie annulaire, il reconnaît les avantages suivants : coaptation en général parfaite des portions pylorique et cardiaque (si l'une des tranches est plus grande que l'autre, il réunit suivant la première manière de Billroth) ; paroi solide et saine, assurant une bonne suture ne se gangrénant pas secondairement comme celle du duodénum, quasi-certitude d'enlever tous les ulcères s'il en existe plusieurs, opération non sanglante avec une bonne technique, durée courte, estomac un peu diminué de volume mais restitué dans sa forme, conservant les fonctions normales, avec une très faible tendance aux récidives.

Il n'attache guère d'importance aux adhérences de l'estomac avec les autres organes. Il se contente de libérer le viscère, en laissant adhérent le fond de l'ulcération au parenchyme envahi, qu'il suffira de drainer avec de la gaze. Ce chirurgien a obtenu ainsi, en ce qui regarde la durée de la guérison, de merveilleux résultats, mais il déclare lui-même que l'intervention, même avec une perte de sang minime, exige une certaine résistance de la part du malade, qui ne doit pas être cachectique, ni souffrir des poumons (tuberculose, emphysème, bronchite diffuse).

Le procédé de Riedel a recueilli d'assez nombreux partisans, surtout pour l'ulcère dont la rétraction mène à l'estomac biloculaire, mais les auteurs attachent plus d'importance que Riedel, à l'existence au à l'absence d'adhérences. Veyrassat, Delore et Almartine ont bien étudié ce point, chez nous, et ont abouti à la conclusion qu'il ne fallait pas recourir à la méthode, quand l'estomac était fixé par des adhérences, sauf s'il y avait lieu de craindre la présence d'un cancer. La gastro-entérostomie est alors la méthode de choix. Mais si l'estomac est libre, les chirurgiens lyonnais, d'accord en cela avec beaucoup d'auteurs étrangers, se prononcent pour la résection.

Depuis quelques années, Payr, dans divers écrits, s'est fait le champion de la méthode proposée par Riedel et lui a fourni l'appui de quelques nouveaux arguments.

L'auteur est très peu satisfait des résultats de la gastro-entérostomie dans les tumeurs calleuses, d'accord en cela avec Maydl, Jedlicka, Riedel, Mayo-Robson, Moynihan, Ch. et W. Mayo, Küt-

ner, qui ont dû renoncer à l'opération, surtout dans la localisation extra-pylorique de l'ulcère.

Il a trouvé, dans 26 % de ses résections, la dégénérescence cancéreuse, et l'ulcère calleux, surtout, lui paraît constituer une menace à cette complication. Il lui paraît impossible d'établir, dans la majorité des cas, le diagnostic macroscopique de cancer ou d'ulcère, quoique l'existence d'un cancer dans les antécédents familiaux du malade puisse parfois constituer une présomption. Les altérations des vaisseaux, à proximité ou à distance de la lésion, aboutissent parfois à la thrombose, et l'oblitération complète de leur lumière, nuisent à la nutrition de la paroi et expliquent, avec la faible tendance à la guérison, la prédisposition à la récurrence : d'où une nouvelle justification de l'ablation.

La conduite opératoire à tenir n'est pas unique. La gastro-entérostomie donne d'excellents résultats dans la localisation pylorique de l'ulcère, simple ou en voie de guérison et de sténose. Il convient de préférer la résection, même avec cette localisation, dans l'ulcère torpide, calleux. Dans quelques cas, l'anastomose permettra d'effectuer plus tard, en meilleures conditions, la résection. S'il y a un état grave d'inanition et de faiblesse, l'intervention la plus simple, c'est la jejunostomie, qui permet le repos de l'estomac et l'alimentation. Payr recommande chaleureusement la résection transversale du segment moyen de l'estomac dans les ulcères de siège extra-pylorique, situés principalement à la petite courbure ou à la paroi postérieure. Si l'on est obligé, en pareil cas, de recourir à l'anastomose, il est indispensable de pratiquer la fermeture chirurgicale du pylore. Le choix du procédé radical dépend de l'état anatomique et du siège de l'ulcère, du degré d'acuité de la souffrance et, enfin, de l'état général du malade.

Le danger immédiat que comporte l'intervention est bien moins élevé qu'il n'a été dit. L'auteur estime la mortalité à 10 %, il reconnaît qu'elle est plus forte que celle de la gastro-entérostomie (3 à 5 %), et remarque que le rapport entre la léthalité des deux opérations dans l'ulcère, correspond à celui de la mortalité des mêmes interventions dans le cancer.

Mais les résultats éloignés de la gastrectomie médio-gastrique

sont bien meilleurs que ceux que l'on obtient des autres procédés. Les malades ne vomissent presque jamais, en tout cas, beaucoup plus rarement que ceux qui ont été traités par la gastro-entérostomie ou par l'excision simple. Payr explique le succès de l'intervention, en se basant sur les recherches intéressantes des physiologistes modernes, concernant les fonctions de l'estomac.

On a longtemps expliqué le travail moteur du pylore et de l'antrum pylorique par l'influence d'une excitation chimique déterminée, et l'on divisait l'estomac en deux moitiés fonctionnellement distinctes, la région du fond ou estomac principal, et la région de l'antrum pylorique. Tandis qu'une pression uniforme, déterminée par le degré de réplétion du viscère, est dirigée contre le contenu gastrique, dans la première partie, l'antrum pylorique est le siège de mouvements péristaltiques puissants, dirigés contre le pylore. Le sphincter du pylore s'ouvre et se ferme, sous l'action de réflexes, dépendant du chimisme alimentaire et de la sécrétion des glandes digestives. Mais les travaux expérimentaux actuels ont, de plus, déterminé l'influence de l'innervation des muscles de l'estomac et du pylore. L'estomac est innervé par les nerfs vagues, les nerfs sympathiques du plexus cardiaque et des ganglions automatiques, notamment dans la paroi du pylore. Le professeur de Leipzig a recherché chez les auteurs, les résultats qu'ils ont obtenu par l'excitation ou la section, en différents points, des nerfs vagues, car l'ablation du segment moyen de l'estomac, équivalait à une section totale de tous les rameaux du pneumo-gastrique, innervant le pylore. Les conclusions des auteurs sont malheureusement discordantes, mais on peut considérer comme acquis que la double section des nerfs vagues ralentit et affaiblit la totalité des mouvements péristaltiques de l'estomac ; il est très vraisemblable aussi que l'expérience, faite près du pylore, aurait pour conséquence de diminuer la contraction du pylore et de l'antrum pylorique, voire même de la supprimer (Cannon, Katschkowski, etc.).

L'excitation des nerfs vagues a permis à Kaufman d'obtenir une fermeture complète du sphincter pylorique.

D'autres travaux ont montré que la résection du sphincter diminue notablement le pouvoir évacuateur de l'estomac et provoque

une hypersécrétion notable de suc gastrique. Mais tout revient à la normale au bout de 8-10 jours. Payr, après avoir exposé ces données nouvelles, conclut comme suit : « L'ulcère, de siège extrapylorique, coexiste très fréquemment avec un spasme du pylore, ce dernier n'est pas seulement limité au sphincter, mais aussi à la totalité de l'antrum pylorique. La double section transverse de l'estomac, dans la zone fondique, d'une part, dans la zone pylorique ou prépylorique d'autre part, diminuent la contractilité de l'antrum ; cet effet, en l'espèce, est favorable, car il agit contre l'état violent de contracture, qui est un obstacle à l'évacuation de l'estomac. » Aussi, les malades opérés par ce procédé, ne présenteraient-ils, au dire de l'auteur, aucun des désagréments dont se plaignent les opérés des autres méthodes (résection pylorique, gastro-entérostomie). L'auteur reproche à l'excision simple de ne pas améliorer les phénomènes d'évacuation de l'estomac, de ne pas influencer sûrement et définitivement le spasme pylorique et l'hyperacidité. Il pense que la gastrectomie annulaire médio-gastrique permet le reflux des sucs alcalins du duodénum dans l'estomac, après un certain délai. Ce point, ainsi que l'influence de l'opération sur l'activité motrice du pylore et de l'antrum, seront l'objet de nouvelles recherches par Payr.

S'il devient nécessaire d'emporter le pylore, l'auteur conseille de recourir à la deuxième méthode de Billroth, pour des raisons techniques. Au reste, le procédé qui consiste à réséquer le pylore et l'antrum pylorique, ne mérite nullement le reproche qu'on lui a fait de ne pas soulager suffisamment l'estomac et de ne pas combattre assez la stase.

L'auteur ne se dissimule pas la tâche difficile qu'il a entreprise, en voulant remplacer une opération admirablement fixée, au point de vue technique, assez facile, par une opération nouvelle et d'une technique malaisée. La gastro-entérostomie, longtemps encore, aura ses défenseurs ; mais elle n'empêchera pas les progrès d'une thérapeutique chirurgicale plus moderne de l'ulcère, fondée sur l'expérience clinique, sur l'amélioration de la technique, sur des connaissances plus approfondies de l'anatomie pathologique.

La question ne sera vraiment résolue, que du jour où il sera

possible de comparer, sur un assez gros chiffre, les résultats atteints par la méthode, avec ceux de la gastro-entérostomie, et principalement le sort des malades affligés d'un ulcère déjà dégénéré. Il conviendra aussi d'étudier la gastro-entérostomie au point de vue du développement secondaire d'un néoplasme. Jusque-là, il faut considérer la gastrectomie comme une opération précoce du cancer de l'estomac.

Nous venons d'exposer assez longuement l'argumentation de Payr. Les conclusions de l'auteur ont été adoptées en invoquant des raisons analogues par le professeur Küttner (de Breslau), au XXXIX^e Congrès de chirurgie allemande. Elles ont été attaquées, déjà, en Allemagne même, par le professeur Hochenegg, qui rappelle les avantages de la méthode courante et se félicite des résultats qu'il en a obtenus. Quelle que soit la valeur d'un procédé, auquel les chirurgiens ne recourent pas encore dans leur pratique habituelle, nous avons voulu donner au lecteur la possibilité de se faire une opinion personnelle en comparant les méthodes adverses.

CHAPITRE IV

La résection dans l'ulcère hémorragique

Le symptôme « hémorragie gastrique » devient une complication chirurgicale de l'ulcère, quand il domine tout le syndrome morbide et fait craindre pour la vie du patient. La majorité des malades présente, au cours de leur longue affection, des hémorragies isolées ou répétées. Malgré leur nature profuse, le traitement médical suffit à les guérir. Mais l'abondance et la fréquence des hématémèses peuvent être telles qu'une proportion déterminée d'ulcéreux meurent de cette complication. Peut-on sauver une partie ou la totalité de ces malheureux ? Peut-on, en tout cas, améliorer ceux qui se trouvent lésés dans l'accomplissement de leurs fonctions sociales, par la menace d'une hémorragie ?

La classification allemande des hémorragies gastriques est celle de Mikulicz, qui, dès 1897, proposait une division en deux catégories : les hémorragies aiguës, très profuses, les hémorragies fréquentes, petites, récidivantes.

La division française des hématémèses, en foudroyantes, aiguës et chroniques, s'approche davantage de la complexité des faits.

L'hémorragie foudroyante est celle dans laquelle le malade rejette d'emblée, parfois au cours d'une santé presque excellente, une telle quantité de sang, que les symptômes d'une anémie grave apparaissent bientôt et mettent en danger imminent la vie du malade. De pareilles hématémèses constituent par exemple presque tout le tableau symptomatique de l'ulceratio simplex de Dieulafoy. La mort du malade survient ainsi dans 4 % de la totalité des ulcères ; ce chiffre représente la moyenne obtenue en totalisant les statistiques de Debove et Rémond, Leube, Brinton et Welch,

Kauppe, Mansell-Moullin, Tuffier. L'hémorrhagie est artérielle et provient le plus souvent de l'ulcération d'un gros vaisseau. Il ne faut pas du reste faire dépendre d'une façon absolue, l'abondance de l'hémorrhagie du calibre du vaisseau érodé. L'hémorrhagie peut être mortelle, bien qu'un petit vaisseau seulement soit intéressé, et Tuffier et Jeanne n'ont, par contre, observé que 3 cas mortels sur 17 cas d'ulcération de l'artère splénique.

L'hémorrhagie est aiguë dans les cas où elle laisse un certain répit au malade. La quantité de sang ne dépasse guère un litre ; mais la perte sanguine se répète tous les 2-3 jours, parfois à une semaine de distance, et ces spoliations répétées entraînent les conséquences les plus graves. Les selles restent longtemps teintées de sang ; l'anémie, caractérisée par la diminution du nombre de globules, devient dangereuse.

Dans l'hémorrhagie chronique, la quantité de sang vomie ne dépasse pas 100 à 200 centimètres cubes, mais elle se répète à intervalles plus ou moins longs, bien que le traitement médical soit institué dans toute sa rigueur ; l'état général est gravement atteint ; le sujet s'anémie et maigrit.

Moynihan a voulu distinguer un 4^e groupe : celui des hémorrhagies faibles ; mais cette forme est plutôt justiciable du traitement médical, nous la laisserons de côté.

Rydygier, dès 1885, estimait que l'ulcère hémorrhagique était un motif d'intervenir chirurgicalement.

Mikulicz pratiqua, le premier, une intervention qui ne fut, d'ailleurs, suivie d'aucun succès. Roux, en 1893, guérit une hémorrhagie due à l'ulcération de l'artère coronaire, en pratiquant la ligature et excisant l'ulcère localisé à la petite courbure. Depuis cette époque, un nombre assez grand d'opérations ont été faites, sans que chirurgiens et médecins se soient mis d'accord.

Dans les hémorrhagies foudroyantes, on peut, avec raison, opposer les résultats du traitement expectatif aux succès nombreux de la thérapeutique chirurgicale ; quel que soit le procédé chirurgical mis en œuvre, la mortalité est considérable, et cela ressort avec évidence des statistiques de Savariaud, de Robson, de Hartmann, de Quénu, de Tuffier. Il faut savoir que les difficultés sont

nombreuses. Une erreur de diagnostic est possible. L'hémorrhagie est-elle réellement gastrique ou duodénale ? Provient-elle d'un ulcère ou d'un autre état pathologique (affections du foie, de la rate, du cœur, du rein, tuberculose, cancer, syphilis, hystérie même, etc.) ? Admettons que le diagnostic soit sûr. L'opération, chez un malade exsangue, en imminence de collapsus, sera-t-elle supportée ? Il faut savoir que nombre d'opérateurs n'ont pu tomber sur le point saignant, d'un accès difficile, que les ligatures seront difficiles à poser, parfois même n'arrêteront pas l'hémorrhagie. Il résulte, en effet, des recherches expérimentales de Braun (1), que les hémorrhagies de la paroi postérieure, surtout quand le pancréas est envahi, sont très difficiles à tarir au moyen de la ligature. L'hémorrhagie foudroyante ne sera donc que rarement l'objet d'une intervention, comme le demandent des médecins comme Leube et Talma, des chirurgiens comme Mikulicz, Krönlein, v. Eiselsberg, Robson, Quénu, Hartmann, Tuffier, etc. Le chirurgien sait d'ailleurs par expérience que l'hémorrhagie s'arrête souvent après la première alerte, par thrombose de l'artère intéressée, que l'ulcère peut même guérir d'une façon définitive sans nouvel incident. Il ne songe à intervenir qu'à la deuxième et troisième hémorrhagie, mais le malade est épuisé, le risque qu'on lui fait courir est trop grand, et même alors, la guérison peut se faire.

Les hémorrhagies aiguës, telles que nous les avons définies, engagent davantage aux tentatives opératoires. On a dit : « Intervenez quand l'hémorrhagie résiste au traitement médical. » Mais à quel moment faut-il considérer inefficace, la thérapeutique ordinaire ?

La numération des globules rouges ne peut servir de guide, comme le montre Dieulafoy (2), dont un malade a guéri alors qu'il n'avait plus que 630,000 globules, tandis qu'un malade de Lépine a succombé alors qu'il avait 1,300,000 globules. On ne peut non

(1) BRAUN. *Deutsche med. Wochenschrift*, 8, 1908.

(2) DIEULAFOY. *Pathologie interne*. Masson, 1908, t. II, p. 303.

plus se fier à la quantité de sang vomie en une fois (Hayem) (1), ni à la fréquence du pouls, ni à l'élévation de la température. Borszeky (2) se base, pour opérer, sur la constatation d'une sténose pylorique ou d'adhérences périgastriques, empêchant le traitement médical d'agir. En pareil cas surtout, il n'y a pas de règle fixe. Le chirurgien décide, d'après son sens clinique, qui lui fait évaluer la résistance du malade, d'après son audace opératoire et son expérience technique.

Quant aux hémorragies chroniques, leur thérapeutique ne diffère guère de celle de l'ulcère chronique ou simple. On abandonne de plus en plus, pour le traitement chirurgical de l'ulcère hémorragique, les méthodes d'hémostase directes, telles que les diverses cautérisations, la suture de l'ulcère, la ligature du vaisseau ou celle de la base de la paroi ulcéreuse, déprimée en doigt de gant vers la cavité de l'estomac, et, parmi les méthodes indirectes, la ligature de l'artère au lieu d'élection, l'exclusion unilatérale du pylore, la pyloroplastie ou la jejunostomie, etc. Là encore, la gastro-entérostomie (Doyen, Petersen, Mayo-Robson, Tuffier (3) a la faveur de la majorité des chirurgiens. C'est une intervention facile, ne nécessitant pas la recherche souvent décevante du point saignant, et elle suffit souvent à arrêter l'hémorragie, en mettant au repos l'estomac. Elle est malheureusement inefficace encore dans bien des circonstances, soit que des hémorragies emportent le malade aussitôt après l'intervention, soit que la récurrence se produise à échéance lointaine. Ce dernier point n'est pas clairement élucidé par l'étude des statistiques. L'hémorragie s'est-elle répétée ou a-t-elle cessé définitivement après un ou deux ans ? Peut-on au moins compter sur la diminution de la fréquence ou de l'intensité des spoliations sanguines ? Il est, en tout cas, sûr que les cas de récurrence lointaine ne sont pas rares (Mansell-Moullin, Dollinger, Borszeky).

Il ressort même des recherches de Borszeky, que l'opération n'a

(1) HAYEM. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. 39, 1898, p. 83.

(2) BORSZEKY. *Beiträge z. klin. Chir.*, t. 57, 1908.

(3) TUFFIER et JEANNE. *Revue de Chirurgie*, 1905.

une influence certaine sur l'arrêt des hémorrhagies, dans les ulcères provoqués artificiellement chez l'animal, que s'il y a comitance de sténose du pylore. Dans le cas contraire, la plus grande partie des animaux opérés meurt, tandis que survivent les témoins.

L'excision a l'avantage d'éviter une nouvelle hémorrhagie et d'extirper la cause du mal, l'ulcère.

Les résultats, à en juger d'après la statistique de Borszeky (1), sont encourageants. La mortalité n'est que de 29,4 % sur 17 cas d'excision (sur 23 cas de G. E., la mortalité atteint 52,1 %). L'intervention n'est pas trop difficile s'il est possible de reconnaître extérieurement le siège de l'ulcère, grâce à une induration de la paroi ou à un rétrécissement cicatriciel, et si la lésion est assez favorablement située, assez mobile, pour que l'excision ne soit pas d'une technique trop malaisée. Tuffier et Lejars la recommandent dans certains cas. L'inconvénient le plus grave de la méthode, c'est d'exiger une conservation suffisante des forces du malade.

L'étude des observations montre de plus que le succès dépend d'une excision complète. Czerny a perdu deux malades, pour n'avoir pas enlevé la totalité de l'ulcère, et Fleiner (2) a signalé au XX^e Congrès allemand de médecine, une perforation dans la zone non excisée de l'ulcère. Il faudra aussi placer les sutures en région saine. Mansell-Moullin a placé des ligatures d'avance à travers la paroi et lié la zone gastrique ulcérée, avant d'exciser.

L'ablation de l'ulcère a été quelques fois combinée avec la gastro-entérostomie, en un temps ou en deux temps (cas de Ketly), parce que l'excision n'avait pu faire disparaître les douleurs. On pratiquera aussi l'anastomose, si l'étendue de l'excision peut faire craindre une sténose consécutive ou pour les raisons qui la font employer systématiquement dans la forme chronique.

La pylorectomie a été également pratiquée avec un succès variable.

En résumé, l'opération est discutable dans la période aiguë des

(1) BORSZEKY. *Loco citato*.

(2) FLEINER, cité par LIEBLEIN.

hémorrhagies, mais dans les cas d'hématémèses chroniques, récidivantes, rebelles au traitement médical, si fréquemment associées à de la sténose pylorique, l'opération trouve ses indications (Leube (1), Mikulicz, Körte). Mais alors, le traitement revient à celui de l'ulcère chronique, et l'opération à opposer à cette complication, grave par sa ténacité, est susceptible des avantages ou inconvénients qu'on a reconnus déjà aux deux principaux modes de la thérapeutique chirurgicale.

Les échecs, observés encore trop souvent après la gastro-entérostomie (Krönlein, Porges, Körte, etc.), semblent démontrer que l'intervention directe sur l'ulcère reste, en certains cas, la méthode de choix, et c'est l'opinion de Tuffier, surtout si elle est d'une exécution facile et rapide.

(1) LEUBE. 26^e Congrès allemand de chirurgie.

CHAPITRE V

La résection dans la sténose cicatricielle du pylore

L'ulcère, abandonné à son sort ou traité médicalement, guérit par cicatrisation. Une nouvelle cause de désordres organiques en peut résulter, si la lésion siège à un des orifices de l'estomac, pylore ou cardia. La sténose du pylore (celle du cardia est très rare) est encore assez fréquente, puisque Gerhardts estimait qu'elle survient dans 10 % des cas, et ce chiffre ne traduit sans doute pas la réalité des faits, parce que le diagnostic n'est fait souvent qu'à un stade avancé de la maladie.

La sténose qui subsiste comme reliquat de la cicatrisation d'un ulcère guéri, est moins une complication qu'une conséquence de l'évolution naturelle de la lésion.

Nous avons vu, d'autre part, qu'un ulcère calleux peut amener l'atrésie d'un orifice gastrique par une double transformation calleuse et inflammatoire. Il s'agit là d'une véritable complication de l'ulcère, et les symptômes propres de la lésion (douleur, tumeur, hémorrhagie) dominent la situation, bien plus que les phénomènes de sténose. Il n'y a donc pas lieu de décrire à part, cet ulcère calleux du pylore.

En pratique, la distinction est assez difficile à faire, car sous le tissu cicatriciel d'un ulcère, prétendu guéri, on découvre parfois un ulcère en évolution. Cliniquement, la persistance d'un certain nombre de symptômes d'ulcère, qu'on ne doit pas toujours attribuer à une récurrence, font penser que la lésion n'est pas encore éteinte.

On peut ranger, dans une troisième catégorie de faits, l'atrésie du pylore, due à des adhérences périgastriques, parfois consécutives à de la péricholécystite calculeuse. Même dans ces cas, on peut trouver une cicatrice d'ulcère ou un ulcère non guéri, au pylore.

Une classification, plutôt médicale, divise les sténoses en deux groupes : 1° celles où les troubles mécaniques prédominent, où il y a de la rétention à jeun (sténose serrée de Hayem) : l'ulcère est cicatrisé ; 2° celles où prédominent les troubles spasmodiques. Il y a des troubles de dyspepsie hyperchlorhydrique, avec ou sans hypersécrétion, avec ou sans stase alimentaire (sténose moyenne et légère de Hayem) : l'ulcère est cicatrisé ou encore en activité.

Le premier groupe est justiciable du traitement chirurgical, le second ressortirait plutôt au traitement médical.

Les progrès de la chirurgie gastrique justifient de moins en moins une pareille distinction. Même en admettant que le diagnostic soit facile, il n'y a aucun intérêt à prolonger le traitement médical et à laisser les malades arriver à l'opération, plus ou moins cachectisés, parfois tuberculisés. Un régime approprié pourra diminuer les symptômes pénibles et retarder longtemps les phénomènes d'insuffisance gastrique, mais il est difficile de demander une longue persévérance à un malade, qui n'est pas toujours en situation de se laisser faire pendant des années, des lavages d'estomac, et qui est diminué dans sa valeur sociale, par l'impossibilité de se livrer à des travaux fatigants. Il y a donc intérêt à pratiquer l'opération tôt, sans attendre, comme le conseillent certains auteurs (Fleiner) (1) la perte de poids ou l'abaissement constant de la quantité journalière d'urine ; l'opération est d'autant plus sûre que les malades sont livrés tôt au chirurgien. Il ne convient pas plus de traiter médicalement ces cas, qu'il ne convient, comme l'exprime Hartmann (2), « de traiter un rétrécissement de l'urètre par des potions et des tisanes diurétiques. » La tâche du médecin doit se borner, en fait, au diagnostic de la

(1) FLEINER. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1902.

(2) HARTMANN. *Congrès français de Chirurgie*, 1902.

lésion. Point n'est besoin d'attendre, comme il est arrivé, l'apparition de la tétanie pour songer au traitement par le bistouri. La lecture des observations montre qu'il s'écoule un temps parfois considérable depuis le moment présumé de la guérison de l'ulcère jusqu'aux premiers symptômes d'atrésie. La lésion est pourtant constituée dès le début, mais elle est compensée pendant des années par l'hypertrophie de la musculature gastrique. Quand s'annoncent des signes de défaillance gastrique, c'est que l'organe n'est plus en état de lutter, et il est sage de ne pas attendre la dilatation considérable de l'organe.

Les trois interventions principales qui se disputent la faveur du chirurgien, sont : la gastro-entérostomie, la pyloroplastie, la résection du pylore.

Les espoirs, fondés au début de l'ère chirurgicale gastrique, par Gussenbauer, par Rydygier sur la méthode radicale (« La pyloréctomie est l'opération de l'avenir », disait ce dernier), ne se sont par réalisés, et les auteurs modernes semblent de moins en moins y recourir, dans le processus éteint que constitue la sténose bénigne. « Ce n'est que dans des conditions exceptionnelles, que l'opération fera place aux méthodes radicales », dit Payr, par ailleurs partisan déterminé de la gastrectomie.

Ce que nous avons dit des indications de la résection, en général, nous permettra d'être bref sur la résection du pylore. La mortalité en est considérable. Elle était, en 1895, de 43,4 % ; depuis lors, la statistique de Warnecke mentionnait une mortalité de 40 %, celle de Rodman, 6 morts sur 40 cas, soit 15 %. La statistique récente de Bamberger (1909) encourage encore moins à la pyloréctomie. La mortalité post-opératoire atteint 35 %, la mortalité tardive, 10 %, soit une mortalité globale de 45 %. L'intervention reste, comme on le voit très sérieuse, bien que Robson, en 1901, affirmait que depuis six ans, tous ses malades avaient guéri.

Malgré les excellents résultats fonctionnels de l'opération, proclamés par Soupault et d'autres auteurs, et que Rydygier invoquait déjà en faveur de la méthode, bien que les suites immédiates de l'opération soient parfois notablement meilleures qu'avec les autres procédés, on y aura recours rarement dans la sténose cica-

tricielle simple. Quand la sténose aboutit à une forte dilatation de l'estomac, avec insuffisance motrice, l'organe descend parfois bien au-dessous de l'ombilic ; la différence de niveau entre le fond gastrique et le segment duodénal, rend illusoire l'effet de la résection, car il subsiste un bas-fond prépylorique, dont le drainage restera insuffisant, à moins de pratiquer la méthode II de Billroth, ce qui du reste a été conseillé. Les lois mécaniques d'évacuation sont bien mieux satisfaites alors avec une simple gastro-entérostomie.

Dans les cas où la sténose est provoquée par un ulcère calleux ou qu'il y a lieu de suspecter la nature bénigne de la tumeur, l'opération radicale reprend ses droits. Dans la forme commune que nous envisageons, le procédé de choix, pour la grande majorité des auteurs, restera la gastro-entérostomie, malgré quelques inconvénients incontestables. Il est inutile de revenir sur ce point.

Quelques auteurs recommandent encore la pyloroplastie dans certaines conditions déterminées : pylore libre et mobile, non soudé par des adhérences, paroi souple et non infiltrée, dilatation peu avancée de l'estomac, sans bas-fond propice à la stagnation. Elle ne présenterait pas certains inconvénients de la gastro-entéro-anastomose (circulus vitiosus, ulcère peptique, etc.), elle serait plus simple et moins dangereuse. Ce dernier point, confirmé par les statistiques de Mintz, Haberkant, Mikulicz (statistiques réunies des cliniques de Billroth, Czerny et de l'auteur), de Warnecke, ne résulte pas de la statistique récente de Bamberger : mortalité globale = 18,7 % dans la pyloroplastie, 10,8 % dans la gastro-entérostomie. Au reste, la pyloroplastie n'est pas exempte de certaines suites fâcheuses, la principale étant la récurrence de la sténose. Il convient donc de recourir à la gastro-entérostomie ou à une variante de ce procédé, la gastro-duodénostomie latérale, très recommandée par Köcher et les auteurs qui désirent que le bol alimentaire vienne en contact de sucs intestinaux normaux.

CHAPITRE VI

La résection dans l'estomac biloculaire

L'estomac biloculaire (Hourglass stomach des Anglais, Sandhurmagen des Allemands), dont la dénomination indique l'aspect, réalise en somme la sténose gastrique, en amont du pylore. L'ulcère étendu de la petite courbure, en produisant la sclérose annulaire des parois, dans son évolution vers la cicatrisation, en est la cause la plus fréquente. L'infiltration inflammatoire des tissus par un ulcère en évolution, des adhérences périgastriques à la paroi abdominale, au foie, au pancréas, peuvent conduire à l'estomac en sablier.

D'après Grünfeld, cette lésion se rencontre dans 30 % des cas d'ulcère ; mais dans 5 % seulement des observations seulement, elle atteint un degré assez élevé pour provoquer des troubles visibles. L'oblitération totale de la lumière gastrique est d'autant moins aisée, en effet, que la sténose porte sur une région plus éloignée du pylore et se rapproche du fond de l'organe. Les symptômes présentés par le sujet sont ceux d'une sténose. Quant au diagnostic de la localisation de la sténose, il a été fait parfois avant l'opération, en se basant sur divers procédés d'exploration, que nous n'avons pas à rapporter ici. Bornons-nous à remarquer, avec Guinard, qu'il n'est pas aussi aisé qu'on l'a dit et que les divers signes sont difficiles à interpréter sur le malade.

Le traitement médical de la biloculation cicatricielle ne donne pas plus de succès que dans la sténose du pylore de même nature. Marion, dès 1897, énonçait dans sa thèse, que l'affection « peut conduire le malade à la cachexie et à la mort, et qu'une intervention faite à temps peut facilement y remédier. »

Toutefois, on tentera une cure médicale énergique dans l'espoir d'arrêter le processus sténosant d'un ulcère en activité ou même d'un ulcère chronique et de prolonger la phase de compensation de la lésion réalisée par l'hypertrophie musculaire du segment cardiaque du bissac. En cas d'échec, on se s'entêtera pas.

Le traitement chirurgical comprend deux modalités principales, suivant qu'il s'attaque directement à l'obstacle ou le tourne. La gastroplastie, la dilatation digitale du rétrécissement, la gastrectomie, visent au premier but ; la gastro-gastrostomie, la gastro-entérostomie simple ou double remplissent le second. Des opérations complexes sont parfois nécessaires, surtout quand l'estomac biloculaire est associé au rétrécissement du pylore, et qu'il y a, en quelque sorte, deux estomacs ayant chacun un pylore atrésié. Laissant de côté ces diverses opérations, nous aborderons directement le point qui nous intéresse.

La gastrectomie, depuis quelques années, gagne de plus en plus du terrain pour la cure de l'estomac en sablier, et les travaux de Lambotte, de Riedel, de Mayo (de Rochester), de Veyrassat (1908), de Delore et Alamartine (1909), ont bien montré sa valeur. Alors que Schomérus, en 1904, réunissait à peine 7 observations, traitées par la résection, Delore et Alamartine, quelques années plus tard, en recueillent 30 cas.

Les divers procédés de gastrectomie ont été utilisés, la résection simple de l'éperon sténosant, la résection combinée à d'autres opérations, la pylorogastrectomie, la gastrectomie annulaire médio-gastrique avec a) abouchement direct ou avec b) fermeture des deux bouts et gastro-entérostomie ou avec c) fermeture des deux poches et implantation du moignon pylorique dans la paroi postérieure de la poche cardiaque (cas de Hedlung) (1). La résection circulaire, est aujourd'hui considérée par nombre de chirurgiens, comme une opération idéale. C'est, d'après Guinard (2), le meilleur mode de traitement de l'affection qui nous occupe, pourvu qu'on n'en force pas les indications.

(1) HEDLUNG. Ueber Sandburmagen, *Hygeia*, t. 62. Cité par BORSZEKY. *Loc. cit.*

(2) GUINARD. *Traité de chirurgie* LE DENTU-DELBET, t. XXIV, p. 240.

Les interventions atypiques ont, en effet, été condamnées parce qu'elles offrent une mortalité supérieure à celle des résections typiques, qu'elles modifient la forme de l'estomac, et que leurs suites éloignées ne sont guère bonnes. Nous avons vu, au contraire, dans un chapitre précédent, les avantages que les auteurs reconnaissent à la gastrectomie annulaire. On aura donc recours à la pylorogastrectomie dans les cas où on a affaire à une association de lésions, estomac en bissac combiné avec sténose pylorique, situation assez fréquente, au dire de Moynihan et de Mayo-Robson, que la fermeture du pylore soit d'ordre anatomique, déterminée par un ulcère de la région, ou d'ordre fonctionnel, en relation avec un spasme réflexe. La pylorogastrectomie est une opération évidemment moins traumatisante, quand elle est possible, que la double résection verticale des deux rétrécissements (trois cas d'Albin Lamotte, 1905).

Si le pylore est perméable, l'opérateur pratiquera la résection annulaire médio-gastrique avec abouchement direct des deux poches, ou si les deux tranches sont inégales, une opération type Billroth, 2^e manière. Toutefois, le choix de l'opération sera subordonnée à diverses conditions. L'acte chirurgical peut, en effet, être rendu impossible, si des adhérences immobilisent l'estomac et empêchent de l'attirer hors de l'abdomen.

Veyrassat, Delore et Alamartine posent en principe que si l'estomac est fixé, non mobilisable, il faut se contenter d'une simple opération palliative.

S'il s'agit d'une sténose médio-gastrique purement cicatricielle, on peut, en effet, se contenter d'une simple gastro-entérostomie ; mais si la biloculation est le fait d'un ulcère calleux, quelques chirurgiens, non découragés par la présence d'adhérences, préfèrent la gastrectomie, pensant mieux lutter ainsi contre les symptômes les plus gênants de la maladie, si souvent sous la dépendance directe de l'évolution de la lésion ulcéreuse. La question revient en somme au traitement de l'ulcère calleux, et quelques auteurs conseillent la résection systématique, parce qu'ils considèrent que la mort peut survenir, non seulement du fait de la sténose, mais du fait de la cachexie (cancériforme ou cancéreuse), et

des diverses complications, perforation, péritonite généralisée ou enkystée, hématomés, contre lesquelles la gastro-entérostomie elle-même ne protège pas le sujet. L'intervention radicale donne du reste des résultats beaucoup plus encourageants dans la sténose médio-gastrique que dans la sténose pylorique. La mortalité de la gastrectomie annulaire n'est pas très considérable (11,11 sur nos 18 cas) surtout si on la compare à celle de la G. E. (21,2 % dans la statistique de Moynihan, 15 % dans celle de Montprofit — d'après Veyrassat). La mortalité de la G. E. s'est abaissée cependant, car les 22 cas recueillis dans ces dernières années, par Bamberger, ne fournissent qu'une mortalité immédiate de 4,6 % et une mortalité éloignée de 4,6 %, mais les malades ne sont déclarés définitivement guéris que dans 66,6 % des observations.

Aucune mort, par contre, n'est signalée dans les 7 cas de notre tableau, publié depuis 1906.

La libération des adhérences offre évidemment des inconvénients. C'est pour l'avoir tentée et déchiré ainsi l'estomac, que Zeller dût se résoudre à pratiquer pour la première fois, en 1893, une excision de la cicatrice stomacale pour estomac biloculaire, dû à un ulcère calleux. La même conduite n'effraye plus aujourd'hui des chirurgiens comme Brenner, Riedel, Payr, etc..., qui s'attaquent systématiquement à l'ulcère calleux fusionné avec les organes. D'énormes callosités ulcéreuses ont pu ainsi être enlevées radicalement, dans la sténose en bissac, en dehors des auteurs sus-nommés, par les Mayo, en Amérique, Moynihan, Robson, en Angleterre, Delore, en France, etc.

La libération des adhérences, selon d'autres, en facilitant l'exploration soigneuse de l'organe, éviterait le désagrément de méconnaître la présence d'une petite poche cardiaque.

Aussi, Moynihan (1) recommande-t-il expressément, même en vue d'une G. E., d'attirer autant que possible l'estomac, dans son entier, hors de l'abdomen pour bien voir tous ses rapports, et opérer en connaissance de cause. Le cas rapporté par Schmidt (1),

(1) MOYNIHAN. *Brit. Med. Journ.*, 1904, 20, II.

(2) SCHMIDT, cité par BAMBERGER. *Loc. cit.*, p. 192.

est intéressant à ce sujet. Il croyait se trouver en présence d'une sténose simple du pylore, et pratiqua la gastro-entérostomie sur le segment pylorique. Les troubles persistèrent et il fit, quelques jours plus tard, une entéro-anastomose secondaire. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'il s'aperçut de l'existence d'un bissac, avec petite poche cardiaque passée inaperçue, et seconde vaste poche, déterminée par une sténose du pylore. Quelques opérateurs, par contre, toutes conditions étant favorables à une opération radicale, ne la reconnaissent indiquée que si l'on suspecte la présence d'autres ulcères en évolution ou celle d'un cancer.

Mais là où tous les auteurs s'accordent, c'est pour déclarer que la résection annulaire ne saurait être entreprise, sans de grands risques, chez les sujets cachectiques ou simplement très faibles et très anémiés, ou chez ceux qui ont des lésions pulmonaires étendues.

I. — Gastrectomie par ulcère chronique

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
1	1	V. EISELSBERG.	V. HACKER, <i>Wiener klin. Wochenschrift</i> . 1895, n° 35 (cas 17).	7 oct. 1880	H 40	Hématémèse. Mébona. Collapsus. Diag: ulcère de l'estomac.	Libération des adhérences avec le thermo, tissu calleux. Ulcère ouvrant l'estomac. Résection de l'ulcère.	Foie, estomac, péritoine accolés par du tissu calleux. Ulcère avec vaisseaux thrombosés sur la paroi postérieure.	Mort, aussitôt après l'intervention. Autopsie: anémie extrême par hémorragie de la coronaire droite.	
2	2	CZERNY.	MAURER. <i>Archiv f. klin. Chir.</i> 1884. T. 30, p. 2.	13 déc. 1882	H 41	Début: 2 ans. Douleurs violentes. Vomissements alimentaires incessants. Dilatation de l'estomac. Tumeur de la région pylorique.	Excision elliptique d'une partie de l'ulcère, par énucléation de la couche musculaire et de l'antre par ablation de la totalité de la paroi.	Ulcère de la paroi postérieure, de la partie de la paroi antérieure. Adhérences postérieures. Un des bords de l'ulcère fait saut soupape devant le pylore.	Guérison.	Guérison maintenue plus de 46 ans après l'opération. — Mort de phthisie le 20 février 1899 (PETERSEN-MACHOL. <i>Beiträge</i> . T. 33, 1902).
3	3	—	PETERSEN. <i>MAACHOL Beitrüge z. klin. Chir.</i> T. 33, 1902.	Mai 1886	H	Troubles gastriques depuis de longues années. Diag.: sténose. Insuffisance motrice.	Excision.	Ulcère du pylore.	Mort au 3 ^e jour par hématomène.	
4	4	BILLROTH.	V. EISELSBERG. <i>Arch. f. klin. Chir.</i> T. 39, cas 13.	4 déc. 1888	F 50	Début 14 ans. Douleurs, vomissements, une hématomène. Tumeur sous l'arc costal gauche.	Excision d'une portion elliptique de la paroi antérieure; suture d'une perte de substance du muscle abdominal. Drainage.	Ulcère de la paroi antérieure de l'estomac, adhérent à la paroi abdominale.	Guérison.	En bonne santé, 6 ans après.

1° Résection simple

6	6	POSTEMSKI	1890	II 45	ble a l'hypocondre gauche depuis 6 ans. Amaigrissement.	Réssection d'une zone triangulaire de la paroi, comprenant l'ulcère.	Ulcère rond de la paroi antérieure de l'estomac, à 1 cent du pylore.	Guérison.	
7	7	KÖRTE.	14 avr. 1890	F 30	Troubles depuis 1884; hématémèses, méléna, douleurs. Depuis février, tumeur à droite et au dessus de l'ombilic.	Libération des adhérences, désincision de l'estomac, excision de la zone infiltrée.	Ulcère de la paroi antérieure adhérent à la paroi abdominale.	Guérison.	Gastralgie pendant la première année; puis cessation complète des troubles. Résultat observé pendant dix ans et demi.
8	8	CZERNY.	24 mai 1890	II 44	Début 3 ans. Douleurs. Tumeur mobile, grosse comme le poing, au niveau de la région ombilicale. Cancer?	Excision et extirpation du sarcome.	Ulcère du pylore et myxosarcome, gros comme le poing, du ligament gastrophorique.	Guérison.	4905. — Excellent état. Pas de récidive de l'ulcère ni du sarcome (H. KRAMER, <i>Brünn Beitrage</i> . T. 34).
9	9	LAMBOTTE.	6 sept. 1891	F	Début : six mois. Diag : ulcère.	Excision de l'ulcère.	Ulcère de la paroi postérieure.	Guérison.	Revue en bonne santé 1 an 1/2 après.
10	10	MIKULICZ.	20 nov. 1891	F 24	Douleurs depuis 5 mois dans la région gastrique. Fièvre, vomissements, anorexie. Tumeur dans la région ombilicale, à gauche, accolée à la paroi abdominale.	Réssection segmentaire.	Induration de la paroi antérieure de l'estomac, vers la petite courbure, avec adhérence à la paroi abdominale. Au centre, ulcère calleux.	Guérison.	Excellent état, maintenu jusqu'en 1897. A cette époque, quelques troubles gastriques, améliorés par un traitement médical.
11	11	KERR.	Sept. 1892	F 44	Depuis de nombreuses années, crises douloureuses.	Excision et suture.	Ulcère du pylore.	Guérison.	Après une phase d'amélioration, troubles gastriques; douleurs, vomissements.
12	12	E. LAMBOTTE.	6 sept. 1892	H 43	Gastralgies depuis 5 ans. Deux hématémèses. Dans le creux épigastrique, induration de la paroi stomacale. Hyperacidité. Amaigrissement considérable.	Excision.	Ulcère de l'étendue d'une pièce de 5 fr. sur la face antérieure de l'estomac. Pylore normal.	Guérison.	

Les observations marquées d'un (*) sont des cas d'ulcère hémorrhagique aigu.

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATION S OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRAITOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
43	13	ROUX.	Communication au Congrès français de Chir., 1893 (Sem. méd. 1893, p. 15).	1893	H	Anémie grave par double hématomèse (environ 2 litres de sang).	Excision. Ligature double de l'art. coronaire.	Ulçère rond de la petite courbure avec érosion de l'art. coronaire.	Guérison.	
44	14	SCHUCHARDT	<i>Centralblatt f. Chir.</i> 1894, suppl. p. 48 (Sem. méd. 1894, p. 203).	1894	H ?	Symptômes d'ulcère gastrique. Caecéxie.	Extirpation d'un ulcère.	Ulçère de la petite courbure.	Mort, au bout de 45 jours. À l'autopsie, on trouve un 2 ^e ulcère.	
45	15	MIKULICZ.	<i>Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Mediz. u. Chir.</i> T. 2. 1897, cas 42.	22 avr. 1894	F 21	Début 3 ans. Douleurs violentes. Méléna. Hématémèses graves répétées, le jour avant l'opération.	Gastrotomie. Excision. Entoussissement de la plaie et ligature des vaisseaux.	Ulçère de la petite courbure avec ulcération d'une branche de l'art. coronaire.	Guérison.	En excellent état, trois ans après (oct. 1898).
46	16	KOLACZEK.	<i>Mitteil. aus der Mediz. und Chir.</i> 1896. T. 1, fasc. 2.	10 oct. 1894	F 45	Début 6 ans. Crampes stomacales, vomissements, une hématomèse. Depuis 3 ans, tumeur sous l'arc costal, avec envahissement de la paroi gastrique. Hcl libre +. Diag. : ulcère.	Réssection elliptique.	Ulçère de la petite courbure, étendu aux parois gastriques antérieure et postérieure ; adhérences nombreuses. Gros diverticule de la paroi gastrique, au centre de l'ulcère.	Guérison.	Le résultat, 6 mois plus tard, est toujours excellent.
47	17	BERGMANN.	A. LIVID. Dissertation inaugurale. Berlin, 1894.	?	H 34	Douleurs depuis 3 mois dans la région gastrique. Tumeur adhérente à la paroi abdominale et située à 3 doigts de large à gauche et sous l'ombilic. Pos. de diag.	Excision.	Ulçère du fond de l'estomac.	Mort.	

19	49	KOKULA.	JEDLIČKA. <i>Loco citato</i> (Obs. 4) ; — Rapportée aussi dans <i>Wiener klin. Rundschau</i> . 1896, p. 363.	25 juil. 1895	F 16	Début 2 mois et demi. Douleurs dans l'hypochondre gauche. Pas de vomissements ni hématisés. Tumeur à 8 ans au-dessus de l'ombilic. Amaigrissement. Diag. : sarcome ?	Résection segmentaire de l'estomac.	Ulçère de la paroi gastrique antérieure, adhérent à la paroi abdominale.	Guérison troublée par élévation de la température, au 5^e jour. Réouverture et inspection de la plaie.	plus tard de périlonite. A l'autopsie, 3 ulcères ronds à la jonction de la paroi postérieure ; avec la paroi antérieure.	La malade, suivie jusqu'en 1903, est restée bien portante et avait un excellent appétit.
20	20	KORTEWEG	Hildebrand's <i>Jahresbericht</i> . 1895.	1895 ?	?	Troubles gastriques depuis 14 ans. Tumeur douloureuse dans la région gastrique.	Libération des adhérences ; déchirure et suture.	Adhérences à la paroi abdominale. Accrolement intime au foie et à la rate.	Guérison.		
21	21	HASTINGS. GILFORD.	<i>Guy's Hospital Reports</i> . Vol. LIII. 1896, p. 404-425.	1896 ?	F 19	Début 2 ans. Douleurs épigastriques. Vomissements. Hématisés. Double crise de douleurs abdominales, avec sensibilité diffuse du ventre, et hypothermie. Perforation gastrique.	Excoision de l'ulcère.	Ulçère de la paroi antérieure, voisin de la grande courbure. Adhérences à la paroi abdominale. Minceur extrême de la base de l'ulcère.	Mort, 32 h. après l'opération. Efforts vomitifs, qu'il fut impossible de calmer par divers traitements. A l'autopsie, rien d'anormal.		
22	22	KLAUSSNER.	<i>Münchener medizin. Wochenschrift</i> . 1896, p. 863.	29 févr. 1896	F 21	Début 4 ans 1/2. Douleurs avec alternatives de rémission ; depuis 3 ans, douleurs continues. Drainage. 2^e intervention : Excoision limitée à l'épigastre. Diag. : sarcome ? Tumeur syphilitique ?	4^e intervention : Libération d'adhérences. Drainage. 2^e intervention : Excoision des parties indurées.	Ulçère calleux de la paroi gastrique antérieure, adhérent à la paroi abdominale.	Guérison.	Excellent état, six mois après.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
23	23	BRENNER.	<i>Wien. klin. Wochenschrift.</i> 1896, p. 1117-1120. Obs. 1.	13 sept. 1896	F 52	Gastralgique depuis longtemps ; à 23 ans, vomissements, à 28 ans, hémate mées ; à 42 ans, douleurs et vomissements qui conduisent peu à peu à la morphinomanie. Actuellement anémie, amaigrissement, tumeur. Pas d'Hcl libre, mais acide lactique dans le suc gastrique.	Libération des adhérences ; déchirure de la paroi gastrique. Résection de la zone infiltrée. Suture ayant pour résultat un estomac en bourse. Drainage.	Ulère calleux de la petite courbure et de la paroi antérieure de l'estomac, avec pénétration dans la paroi abdominale.	Guérison.	Résultat maintenu le 29 juin 1902 et en 1905 (BRENNER. <i>Archiv. f. klin. Chir.</i> 1905, T. 78.
24	24	—	<i>Wien. klin. Wochenschrift.</i> 1896, p. 1117-1120. Obs. 2.	16 sept. 1896	F 53	Début : 1895. Douleurs, vomissements, amaigrissement ; en juin 1896, mélena ; sensibilité de la région gastrique, claquage ; pas d'Hcl libre mais acide lactique.	Libération des adhérences. Excision de la zone infiltrée.	Ulère calleux de la paroi postérieure, avec infiltration de la petite courbure et de la paroi antérieure. Adhérences pancréatiques.	Guérison.	Douleurs et vomissements pendant l'été 1902. — En 1903, le malade doit suivre un régime, éviter les efforts : éprouve parfois des brûlures et de la pesanteur, mais en somme état supportable.
25	25	KERR.	<i>Langenbeck Archiv.</i> T. 58, p. 651.	16 févr. 1897	H 47	Troubles gastriques depuis 16 ans. En outre lithase biliaire.	Excision de la paroi gastrique infiltrée. Extraction de calculs biliaires.	Adhérences de la vésicule biliaire au duodénum, à l'épiploon, à l'estomac ; en libérant ce dernier, apparition d'une fistule entre l'estomac et la vésicule.	Mort de pneumonie le 7 ^e jour.	
26	26	KUMMEL.	RINGEL. <i>Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten.</i> T. VII. 1899/1900.	25 févr. 1897	F	Soignée en 1892 pour ulcère. Depuis novembre 1896, tumeur sensible à la pression sous l'arc costal gauche.	Excision.	Ulcère cicatriciel de la paroi gastrique antérieure, adhérent à la paroi abdominale.	Guérison.	

28	28	I. J. LINDNER.	<i>The medical Press and Circular.</i> (London. 30 mars 1898, p. 334); — Rapport également dans : LINDNER-KUTNER <i>Chir. des Magens.</i> 1898.	F 30	Depuis longtemps, troubles dyspeptiques. Vomissements répétés, contenant parfois Hcl pur. Tumeur sous l'apophéodioxiphoidée. Diag. : ulcère.	Réséction totale de la zone inflammatoire.	Adhérences solides de l'estomac au foie, avec cavité communiquant par une ouverture étroite; ulcère perforé de la petite courbure avec masse inflammatoire périgastrique.	Guérison.	
29	29	KÜMMEL.	RINGEL. <i>Loc. cit.</i>	H 48	Pesanteur gastrique et vomissements depuis longtemps. Amaigrissement. Gastrectomie. Pas de tumeur. Beaucoup d'Hcl dans le suc gastrique. Cancer ?	Rupture des adhérences et excision.	Ulcère de la petite courbure, fortement adhérent au pancréas.	Mort, au 3 ^e jour, d'une pneumonie hypostatique	
30	30	CZERNY.	Stendel. <i>Beitrag z. Klin. Chir.</i> T. XXIII, p. 1.	H 36	Long séjour aux colonies, avec paludisme. Depuis 5 mois, vomissements, douleurs épigastriques, constipation. Estomac de volume normal. Foie très augmenté de volume. Diag. : abcès du foie. Périgastrie ?	Excision.	Ulcère de la grande courbure, sur la paroi gastrique antérieure. Petits ganglions dans le grand épiploon.	Guérison.	Quelques mois plus tard, récurrence des troubles. Refus par le malade d'une nouvelle opération.
31	31	BERG.	<i>Loc. cit.</i>		Ulcère gastrique.	Pylorotomie partielle.	Guérison.		
32	32	—	<i>Loc. cit.</i>		Ulcère gastrique.	Pylorotomie partielle.	Guérison.		
33	33	—	<i>Loc. cit.</i>		Ulcère gastrique.	Pylorotomie partielle.	Guérison.		
34	34	—	<i>Nordiskt Medicinskt Arch.</i> XXI 1898, N ^o 22, 26, citée par RODMAN : <i>Philadelphia medical Journal</i> , juin 1900.			Pylorotomie	Ulcère gastrique.	Guérison.	

NUMÉRO	NUMÉRO GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
35	35		LINDSTROM.	<i>Hygiea</i> (de Stockholm). 1898. T. 2, p. 146.	1898	H 52		Réséction segmentaire.	Induration de la paroi antérieure et tumeur du volume d'une petite noisette.	Guérison.	
36	36		MONTPROFIT.	<i>Archives provinciales de chirurgie</i> , 1898, n° 8.	1898	F 63	Diagnostic: Cancer.	Réséction du pylore. Implantation du duodénum à la face antérieure de l'estomac.	Grosse tumeur pylorique (exam. hist.: tumeur (insuffisance des sutures),	Mort, le 8 ^e jour, de péritonite (insuffisance des sutures).	
37	37*		W. W. KEEN	<i>Philadelphia Medical Journal</i> , 7 mai 1898 (p. 829-839).	15 mars 1898	F 21	Début: 6 ans. Hé morrhagies gastriques à intervalles plus ou moins longs. Sensibilité du creux épigastrique. Diag.: ulcère hémorrhagique.	Gastronomie et excision d'un fragment de muqueuse friable.	Portion suspecte de la muqueuse gastrique, ramollie et pressée, que l'on pultacée, vers le cordon.	Guérison.	
38	38		KUMMEL.	<i>Ringel. loc. cit.</i>	27 juin 1898	F 52	Il y a 14 ans, ulcère avec hémorrhagies; puis bonne santé. Depuis le début de l'année, douleurs et vomissements. Sensibilité à l'épigastre. Pas de gastrectasie. HCl libre +.	Excision.	Ulçère de la petite courbure, adhérent à la face inférieure du foie.	Guérison.	
39	39		GARRÉ.	<i>Stich. Beiträge z. klin. Chir.</i> 1903. T. 40, p. 445. Obs. 2.	12 août 1898	F 23	Depuis un an, douleurs abdominales à gauche et en haut. Amaigrissement. Depuis six semaines vomissements (une fois mêlés de sang) avec douleurs. Tumeur à gauche. Suc gastrique = HCl libre en abondance, pas d'acide lactique.	Réséction segmentaire. Drainage.	Ulçère calleux de la paroi gastrique antérieure près de la petite courbure, pénétrant dans la paroi abdominale. Autre ulcère de la paroi postérieure, englobé dans une masse cicatricielle.	Guérison mais persistance de quel ques douleurs.	9 déc. 1899. Récidive des douleurs et vomissements, perte de poids, d'où 2 ^e opération; G. E. post. (ulcère de la paroi post.) Guérison maintenue au bout d'un an et demi.

44	41	CARL SCHWARZ.	Mittheil. ans der Grenzgeb. der Mediz. u. Chir. 1900. T. 5. Obs. 11.	1 ^{er} sept. 1898	F 34	Troubles gastriques depuis un an. adhérences : boudoirs. Vomissements. Résistance douloureuse au ni-veau de l'épigastre gauche. Pas de dilata-tion d'estomac. Hel-libre +. Diag. : ul-cère pénétrant de la petite courbure.	Libération des adhérences : déchirure de l'estomac. Ré-section large de la partie in-filtrée.	Adhérences inti-mes de la petite cour-bure au foie. Ulcère calleux, avec fond sculpté dans le foie.	Guérison.	Excellent état, trois mois plus tard.
42	42*	BERNAYS.	Observ. com-muniquée à W. S. ROMAN. Phila-delphia Medi-cal Journal, 9 juin 1900.	44 nov. 1898	F	Début : 4 ans 1/2 par double hématomé-sé. Arrêt des troubles, un an plus tard. Actuel-lement douleurs, vo-missements san-glants, perte de poids, dilat. gastrique. Hel-libre +. Diag. : ulcère gas-trique.	Gastrectomie partielle.	Ulcère simple de la paroi antérieure de l'estomac, près du pylore.	Guérison.	Excel. état, 43 mois après l'opération.
43	43*	F. TILDEN. BROWNS.	Annals of Sur-gery. 1899. T. 30, p. 95) N. V. Sur-gical Society).	Déc. 1898	H 54	Début : 3 mois Dou-leur épigastrique. Hé-matomésés. Amaigr. Suc gastr. : Hel libre. Récemment, selles copieuses, mêlées de sang noir.	Excoision large. Suture d'une perte de substance du colon.	Ulcère de la paroi postérieure voisin du cardia et de la région fondique. Adhérences solides à l'angle splé-nique du cordon.	Guérison.	
44	44	CARL SCHWARZ.	Loco citato. obs. 42.	15 déc. 1898	F 33	Début : un an. Dou-leurs, vomissements. Jamais d'hématomé-sés. Pas de dilata-tion d'estomac. Sen-sibilité et résistance dans l'épigastre gau-che. Diag. : ulcère de la petite courbure.	Libération des adhérences. (ouverture de l'estomac. Ré-section large de la portion infiltrée. Drainage.	Adhérences inti-mes de l'estomac au lobe gauche du foie.	Guérison opératoire, compliquée par fièvre lé-gère. Persis-tance des douleurs.	Laparotomie, 3 juin 1899. Adhérences nou-velles des viscères au foie. G. E. (procédé Wölfler) (au niveau de la petite courbure, abcs de la paroi pos-térieure adhérent au pancréas. Les dou-leurs et les vomisse-ments diminuent mais ne cessent pas, malgré les régimes.
45	45*	KÖNIG (de Berlin).	Philadelphia Med. Journ. 1899. p. 929.	1899	?	Ulcère gastrique avec hématémèses ré-pétées.	Excision.	Ulcère situé au voi-sinage du pylore.	Guérison opératoire.	Sténose pylorique, résultant de la cicatrice d'excision. G. E. et guérison.

NUMÉRO GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRAIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
46	46	CARLE.	DONATI. <i>Chirurgia dell' ulcera gastrica e dei postumi della metastasi</i> . Turin, 1905. Obs. 46.	5 mars 1899	F 45	Troubles gastriques depuis de nombreuses années : douleurs, nausées, vomissements ; tumeur de la région supraombilicale.	Réséction de la tumeur et d'une partie de la tête du pancréas. Suture. Drainage à la suture. Mikulicz.	Infiltration de la paroi abdominale par un ulcère de la petite courbure. Adhérence avec les organes voisins.	Guérison.	
47	47	BRENNER.	<i>Archiv. f. klin. Chir.</i> , T. 69, 1903.	19 juill. 1899	F 44	Troubles gastriques en 1894 et 1899.	Réséction partielle.	Ulcère de la petite courbure, adhérent au foie et au pancréas.	Guérison.	Juillet 1902. Quelques troubles gastriques, beaucoup moins intenses qu'autrefois. 1903 : Gastralgie. Pas de tumeur nette. 1904 : Hématémèse. 1905 : Bon état (BRENNER, mêmes <i>Archives</i> , t. 78).
48	48	CARL. SCHWARZ.	<i>Loco citato</i> . Obs. 13.	8 sept. 1899	F 30	Troubles gastriques depuis 5 ans. G. E. (méth. Wolfier) en janv. 1896, sur la poche cardiaque d'un estomac biloculaire. Persistance des troubles. 2 ^e opération : rupture des adhérences néoformées. Pendant 3 ans, bonne santé. Depuis 3 mois, apparition d'une tumeur sous l'arc costal gauche.	Réséction et drainage.	Ulcère calleux de la paroi gastrique antérieure, avec péritonéation dans la paroi abdominale.	Guérison. Cessation des troubles et engraissement.	
49	49	HARTOGH.	<i>Jahrbücher der Hamburgischen Staats-Krankenanstalten</i> . T. 8, 1901/1902. Obs. 7.	Nov. 1899	F 58	Antécédents très vagues. Actuellement, vomissements d'ulcère et duodénite. Présence d'un tissu calleux d'Hel libre dans le environnement.	Excision de la cicatrice d'ulcère et duodénite.	Ulcère perforé du pylore, avec accollement de la face courbure à la face inférieure du foie.	Guérison.	Récidive des troubles gastriques au bout de 8 mois. Laparotomie. Adhérences pyloriques. G. E.

51	51	RIEDEL	<i>Loc. cit.</i> Obs. 30 et <i>Deutsche Medizin. Wochenschrift.</i> 1909, 1 et 2.	3 déc. 1899	F 28	Début à l'âge de 43 ans. Deux ans plus tard, hématoméose considérable; puis périodes d'amélioration et d'aggravation. Actuellement, amaigrissement, douleur à la pression au milieu de la ligne xyphoïdo-ombilicale.	Libération des adhérences; vaste déchirure de l'estomac. Suture déformant le viscère.	Ulcère calleux de la petite courbure, avec vaste induration péri-ulcéreuse.	Guérison; la maladie s'en va le 29 janv. 1900; sistance de la douleur à gauche. Fév. 1904 persiste à Nouvelle hématoméose, plus légère; léger callus état. 1908: engraissement. Tuberculose pulmonaire probable.	17 oct. 1900. Hématoméose grave; diète pendant 5 mois; persistance de la douleur à gauche. Fév. 1904 persiste à Nouvelle hématoméose, plus légère; léger callus état. 1908: engraissement. Tuberculose pulmonaire probable.	aliments. 1905: Même état, sauf parfois un peu d'irritation gastrique (Brunner, <i>mémoires Archives</i> , t. 78)
52	52	GRAB.	(N. York County Medical Association. Séance du 20 mars 1899). <i>Journal of the American Association</i> , 8 avril 1899, p. 764	1899?	F ?	? ?	Excision et suture en boursoise.	Ulcère volumineux situé à la paroi antérieure.	Guérison.	En bonne santé, 8 mois plus tard.	
53	53	JEDLIČKA.	<i>Loco citato</i> (Obs. 2).	24 avr. 1900	F 39	Début: 5 semaines. Douleurs dans la région gastrique. Anorexie. Tumeur à gauche dans la région ombilicale. Pas de vomissements. Hcl libre +. Acide lactique +. Diag.: ulcère de l'estomac et péritonite. Cancer?	Réséction.	Ulcère calleux de la paroi antérieure avec soudure au M. fièvre et travail droit gauche. Examens hist.: pas de cancer.	Guérison, troublée par le M. fièvre et travail droit gauche. Examens hist.: pas de cancer.	Bien portante depuis l'opération. Se nourrit et travaille normalement. N'a pas engraissé (41 juillet 1904).	
54	54	MANSSELL. MOULIN.	<i>The Lancet.</i> 5 juillet 1902, p. 47.	25 avr. 1900	F 38	Hématémèses répétées, depuis quatre jours. Collapsus.	Exploration de la surface interne de l'estomac. Excision au ras de la couche musculaire.	Ulcère chronique de l'extrémité cardiale, avec ulcération d'une branche de l'artère gastro-épiploïque dans le fond de la lésion.	Double parotite suppurrée. Décès le 49 ^e jour après l'intervention. <i>Autops.</i> Absence de séparation des bords de la plaie, maintenus seulement par la suture.		

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
55	55*	MANSELL - MOULLIN.	<i>The Lancet.</i> 5 ^e juillet 1902, p. 17.	14 mai 1900	F 26	Début : 48 mois. Crises d'indigestion. Récemment, hématoméses abondantes et répétées. Anémie extrême.	Exploration méthodique de la surface interne de l'estomac. Excision, au ras de la couche musculaire.	Ulcère de la paroi antérieure, près de la grande courbure.	Guérison, troublée par parotidite.	
56	56*	RICARD.	GAUDENET. Thèse de Paris.	Mai 1900	F 25	Douleurs. Vomissements alimentaires. Hématoméses. Mélénas. Dénutrition rapide.	Résection de l'ulcère, aboutissant à la suppression de la petite courbure et d'une grande partie de l'estomac. La suture a pour résultat une réunion en étoile, dont le centre correspond à l'ancienne petite courbure.	Ulcère de la petite courbure, pénétrant dans le pancréas.	Guérison opératoire.	Sept. 1905. La maladie souffre toujours ; vomissements ; pas d'hématoméses. <i>La parotomie</i> . Adhérences gastriques. On fait une G. E. post. à suspension verticale. Cessation des vomissements.
57	57*	MICHAÏLOV	<i>Mitt. a. d. Grenzgeb. Med. u. Chir.</i> 1904. T. VII, fasc. 4 et 5, p. 535.	12 juin 1900	F 48	Depuis 8 ans, forte gastralgie. Vomissements, hématoméses. Le 14 juin 1900, hématoméses répétées et abondantes.	Excision. Ligature de la tige coronaire.	Ulcère de la dimension de la pièce de 5 centimes, au niveau de la petite courbure, près du pylore.	Guérison.	Excellent état, depuis quatre mois.
58	58*	PRICE.	Obs. communiquée à W. J. RODMAN. <i>Philadelphia Medical Journal.</i> 9 juin 1900.	?	F 31	Symptômes typiques d'ulcère. Un an avant l'opération, petites hématoméses fréquentes. Actuellement, hématoméses, douleurs, amaigrissement progressif.	Résection partielle.	Ulcère de la paroi postérieure du pylore.	Guérison.	

37	ciennes et récentes ; la dernière trois semaines avant l'opération. Pâleur et anémie considérables, faisant différer l'opération.	Excision segmentaire.	Tumeur calcaireuse de la paroi gastrique antérieure adhérente à la paroi abdominale.	Guérison.	Pendant les 3 premières années, quelques troubles gastriques passagers. Cinq ans et demi après l'opération, état excellent.				
60	60 Clinique de Van Haeck. HERTLE.	27 août 1900	HOFMANN. <i>Beitrag z. klin. Chir.</i> T. 50. 1906. Obs. 38.	F 44	Douleurs depuis plusieurs mois, à gauche de l'épigastre. Depuis un mois, à ce niveau, tumeur ronde, dure, sans limites nettes, non déplacée par les mouvements du diaphragme.	Excision.	Ulçère de la petite courbure, avec rétractions cicatricielles. Le fond de l'ulcère n'est constitué que par la couche péritonéale.	Guérison.	Bon état, le 17 juin 1902 ; le 20 octobre, la malade se plaint d'une hernie de la cicatrice et ressent quelques-uns de ses anciens troubles (adhérences nouvelles ?)
61	61 RUSHTON. PARKER.	12 nov. 1900	<i>British Medical Journal</i> , 29 nov. 1902, p. 1703.	F 33	Depuis de nombreuses années, douleurs gastriques et vomissements, particulièrement accusés depuis cinq ans. Périodes d'amélioration. L'obligation d'un régime fait demander l'intervention.	Excision.	Libération des adhérences ; déchirure de l'estomac. Résection de la zone ulcérée.	Infiltation de la paroi abdominale, accolée à la paroi gastrique.	Mort 28 j. plus tard. Melena ; faiblesse croissante. Autopsie : deuxième ulcère sur la petite courbure, avec adhérence au pancréas. À la base, gros vaisseau thrombosé.
62	62 CZERNY.	27 nov. 1900	PETERSEN et MACHOL. <i>Beitrag z. klin. Chir.</i> T. 33. 1902. Obs. 44.	F 33	Début 40 ans. Douleurs, amaigrissement. Résistance à la pression, au niveau de l'épigastre gauche. Diag. : ulcère. Périgastrite et gastralgie.	Libération des adhérences ; déchirure de l'estomac. Résection de la zone ulcérée.	Infiltation de la paroi abdominale, accolée à la paroi gastrique.	Mort 28 j. plus tard. Melena ; faiblesse croissante. Autopsie : deuxième ulcère sur la petite courbure, avec adhérence au pancréas. À la base, gros vaisseau thrombosé.	Mort 28 j. plus tard. Melena ; faiblesse croissante. Autopsie : deuxième ulcère sur la petite courbure, avec adhérence au pancréas. À la base, gros vaisseau thrombosé.

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de l'OPÉRATION	SEXE AGR	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
63	63	JACKH.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> 1.66, p. 944.	3 déc. 1900	H 35	Contusion il y a 3 ans, dans la région gastrique, et troubles gastriques consécutifs. En avril 1899, plusieurs hématomés. Actuellement douleurs, vomissements et tumeur épigastrique.	Excision d'un segment elliptique de la paroi fistuleuse, après rupture des adhérences. Drainage.	Ulçère calleux de l'estomac, avec envahissement de la paroi abdominale et du foie. Abcès dans les masses calleuses.	Guérison, troublée par pneumonie.	Nov. 1901. — Quelques troubles gastriques, nécessitant un séjour à l'hôpital, d'où le malade sort amélioré. 5 fév. 1902. — Récidive des troubles.
64	64	MC COSH A.-J.	In : RODMAN, <i>Philadelphia Medical Journal</i> , 9 juin 1900.				Excision de l'ulcère.		Guérison.	
65	65	L.-J. HAMMOND.	<i>Philadelphia Medical Journal</i> , 12 oct. 1901, p. 604.	Février 1901	F 28	Troubles gastriques depuis 8 ans. Douleurs à l'épigastre et méléna. Première hématemèse en mars 1896. Hémorragies récentes très abondantes. Signes de perforation ménaçante. Sténose pylorique ?	Gastrectomie partielle.	Ulçère de la petite courbure, avoisinant la paroi postérieure.	Guérison.	
66	66	GARRÉ.	STICH, <i>loc. cit.</i> , p. 366. Obs. 22.	8 mars 1901	H 36	Depuis plus de trois ans, douleurs sous l'arc costal gauche et tumeur allant jusqu'à l'ombilic. Diagnostic : fibrome ou fibrosarcome de la paroi.	Résection segmentaire.	Ulçère calleux perforé, avec pénétration dans la paroi abdominale.	Guérison.	

68	68	HARTOGH.	<i>Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten.</i> T. 8, 1901/1902. Obs. 8.	?	II 65	Crises douloureuses gastriques. Pus de tumeur ni vomissements, pas de signes de gastrectasie. Pus d'Hel; présence d'acide lactique. Amaigrissement. Cancer?	Excision de la tumeur.	Tumeur embrassant les parois antérieure et postérieure de l'estomac. Pylore libre. Diag. histologique: ulcère.	Mort, au bout de 10 j., d'embolie pulmonaire.	Cessation des hémorrhagies.
69	69	TRENDEL.	<i>Beiträge s. klin. Chir.</i> T. 39. Obs. 22.	29 juin 1901	? 52	Souffre de l'estomac, depuis deux ans. Sténose bégnine.	Excision	Ulcère du cardia, grand comme une pièce de 50 cent.	Guérison.	Depuis le printemps de 1902, récidive des troubles. 23 juin 1902. — GE. au bouton de Murphy (ulcère cicatrisé du pylore).
70	70	THOMAS H. KELLOCK.	<i>The Lancet</i> , 12 juillet 1902, p. 75.	16 oct. 1901	F 36	Début 19 ans. Troubles dyspeptiques chroniques. Symptômes aggravés depuis 1898. Hématémèse? Amaigrissement. Sensibilité gastrique.	Excision.	Ulcère chronique de la petite courbure, avec envahissement de la paroi postérieure.	Guérison.	Excellent état, en avril 1902. La malade a engraisé et peut tout manger, sans être incommodée.
71	71	ERNEST W. HEY GROVES.	<i>The Lancet</i> , 13 déc. 1902, p. 1624.	2 nov. 1901	H 48	Début: 3 ans 1/2. Douleur et vomissements, avec alternatives d'ancoloration. Amaigrissement. Zone résistante dans l'épigastre gauche. Pas de dilatation. Hel libre.	Excision et drainage.	Ulcère chronique de la paroi antérieure de l'estomac. Adhérences périgastriques.	Guérison.	La malade engraisse pendant les 6 premiers mois puis voit récidiver ses anciens troubles. 2 ^e opérat.: 26 février 1903; carcinome diffus. Mort d'inanition et de toxémie, 9 semaines plus tard (GROVES. <i>The Lancet</i> , 9 mai 1903, p. 1329).
72	72	HERBERT W. ALLINGHAM	<i>The Lancet</i> , 1 ^{er} mars 1902 T. 4, p. 590.	7 nov. 1901	F 34	Début: 8 ans. Douleurs, vomissements, une hématurie, il y a 7 ans. Sensibilité épigastrique. Pas de tumeur.	Excision de l'ulcère.	Ulcère de la paroi antérieure, ayant la dimension d'un shilling.	Guérison.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRAIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
73	73	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 69, 1903.	7 nov. 1901	F 56	Depuis 1898, troubles gastriques, hémomatésés.	Réséction. Suture longitudinale l'omentalion d'un estomac en sablier.	Ulçère de la petite courbure avec adhérences multiples.	Mort d'hémorrhagie le 7 ^e j.	
74	74	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 78, 1903. Obs. 45.	7 nov. 1901	F 50		Réséction segmentaire; ablation de la vésicule biliaire remplie de calculs.	Ulçère de la petite courbure adhérent au pancréas.	Guérison.	1905. — Bonne santé; aptitude au travail.
75	75	A. B. MITCHELL.	<i>The Lancet</i> , 29 août 1903, (p. 594).	1 ^{er} févr. 1902	F 24	Début : 8 ans. Douleurs après le repas.	Excision.	Pas d'adhérences. Zone indurée à la face antérieure de l'estomac, près la petite courbure et le pyllore.	Guérison.	Un an plus tard, la maladie souffre de flatulence et d'une sensation de plénitude après les repas. Elle se trouve cependant mieux et est plus robuste.
76	76	GARRÉ.	<i>Stich. Loc. cit.</i>	17 mai 1902	F 34	Troubles gastriques depuis trois ans. Depuis un mois augmentation des douleurs. Vomissements. Sensibilité à la pression, à gauche de l'épigastre. Pas de tumeur. Hel libre dans le suc gastrique. Diag. : ulcère.	Libération d'adhérences; perforation de la paroi gastrique. Résection segmentaire.	Ulçère avec adhérences; renec lamelliforme, entre la paroi gastrique antérieure et la paroi abdominale.	Guérison.	Revient en mai 1903, avec des signes d'ulcère; amélioration par une cure de Leube.
77	77	VAN HAECKER.	HOFMANN. <i>Beit. z. klin. Chir.</i> T. 50, 1906. Obs. 40.	1902	H 42	Douleurs gastriques depuis 4 ans. Régime lacté, seul toléré. Résistance et sensibilité à la pression, à gauche, sous l'ombilic. Amaigrissement. Diminution d'Hel libre.	Réséction segmentaire de la zone ulcérée, adhérent à l'épiploon et à la partie abdominale. Pneu-matose cystoïde intestinale.	Ulçère calleux du fond de l'estomac, adhérent à l'épiploon et à la paroi abdominale. Pneu-matose cystoïde intestinale.	Guérison.	3 mois 1/2, plus tard, vomissements fréquents. Résection d'une anse intestinale rétrécie. Amélioration; puis péritonite aiguë par perforation (cinq mois après la 2 ^e laparotomie).

79	79	MANSSELL. MOULLIN.	<i>The Lancet</i> , 5 juil. 1902, p. 47.	?	H 32	Début : plusieurs mois. Douleurs re- belles. Vomisse- ments. Amaigrisse- ment. Vifs sensibi- lité superficielle, au niveau de l'épigastre.	Excision.	Ulcère chronique de la paroi anté- rieure, atteignant la couche musculaire, sans la perforer.	Guérison.	antérieure de l'esto- mac, adhérent à la paroi abdominale antérieure.
80	80	ARTHUR H. BUCK.	<i>The Lancet</i> , 4 avril 1903. T. 1, p. 980.	23 janv. 1903	F 39	Début : 6 mois. Troubles dyspep- tiques, puis récem- ment hématemèses avec état voisin du collapsus.	Excision de l'ulcère. Dou- ble suture en zone cardiaque de la paroi, sereuse et de la couche musculaire.	Ulcère aigu de la face postérieure de la zone cardiaque de l'estomac.	Guérison, troublée par une paroti- dite droite (43 ^e jour).	Etat excellent, le 20 mars.
81	81	F. BLUMER.	<i>British Med. Journ.</i> , 9 mai 1903, p. 1087.	4 mars 1903	F 20	Début : 2 ans 1/2. Douleurs et vomisse- ments, avec périodes de rémission. Héma- témèse récente.	Excision de l'ulcère.	Ulcère de la face postérieure avoi- sant la petite cour- bure et le pylore ; droite (17 ^e mois), puis adhérences ayant li- mité une perforation recente.	Guérison. troublée par parotidite g. (25 mars).	
82	82	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> , T. 78, 1903, Obs. 46.	22 avr. 1903	F 58		Réséction seg- mentaire.	Ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas.	Guérison.	1903. — Inaptitude au travail. Brûlures gastro- et vomis- sements.
83	83	JABOULAY.	<i>CAVAILLON Lyon Medical</i> , 1903, vol. 2, p. 481.	11 juin 1903	F 44	Douleurs ancien- nes, accentuées. Dé- pense de deux mois, avec chirurgie. Exci- sion de l'ulcère adhérent à la paroi.	Libération des adhérences. Dé- couverte de l'ul- cère.	Ulcère antérieur, avec adhérence gas- tro-pariétale.	Guérison.	
84	84	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> , T. 78, 1903, Obs. 47.	7 juil. 1903	H 58		Réséction seg- mentaire.	Ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas.	Guérison.	1905. — Parfaite bonne santé ; apti- tude à tous les tra- vaux.

NUMÉRO GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
85	85	J.-L. FAURE.	C. DAMBRIN et P. DELAUNAY <i>Bull. de la Soc. anatomique</i> , 1903.	26 août 1903	H 34	Forte hématomèse, la veille, ainsi que le matin de l'opération.	Excision de l'ulcère ; section entre deux ligatures, de la coronaire stomachique, source de l'hémorrhagie. Drainage.	Ulcère de la petite courbure, du diamètre d'une pièce de 2 fr.	Mort, le 31, avec phénomènes dyspnéiques. Autopsie : Pas de péritonité. Œdème pulmonaire.	
86	86	RIEDEL.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 54	5 oct. 1903	H 36	Douleurs sous l'arc costal gauche en 1893, reparaisant depuis, deux fois par an, accompagnées de vomissements depuis trois ans. Résistance à gauche de la ligne médiane.	Excision de l'ulcère, par voie gastrique interne.	Ulcère de la petite courbure, ayant gagné la paroi postérieure. Pas d'adhérence au pancréas.	Guérison, malgré l'arrachement cicatriciel (sept. 1908, excellent des muscles état <i>(Dische mediz. abdominalis Woch.</i> , 1909).	Réfection de la paroi pour cicatrice vicieuse (mai 1904). En sept. 1908, excellent des muscles état <i>(Dische mediz. abdominalis Woch.</i> , 1909).
87	87	JEDLIKA.	<i>Jedlika. Lococitato.</i> Obs. 6.	6 nov. 1903	F 42	Début dans l'enfance. Douleurs, renvois, vomissements. Melæna en janvier 1902. Résistance sous le lobe gauche du foie. Diag. : ulcère peptique de l'estomac. Gastropétose. Rein mobile droit.	Réséction segmentaire de l'estomac. Gas tropexie.	Ulcère chronique de la petite courbure, pénétrant dans le foie.	Guérison opératoire. 8 pylorotomie circulaire, plus laire. Il y avait du tard, réas-pasme pylorique et parition de l'entéroptose. troubles gas-triques ; plus du rein mobile, tard, vomis-sements et de repos. Le 5 août, douleurs pé-labiles név-sitent un ré-gime sévère. arrêté la cure. La malade réclame une seconde in-tervention.	Le 11 juin 1904, Le 11 juin 1904, 8 pylorotomie circulaire, plus laire. Il y avait du tard, réas-pasme pylorique et parition de l'entéroptose. troubles gas-triques ; plus du rein mobile, tard, vomis-sements et de repos. Le 5 août, douleurs pé-labiles név-sitent un ré-gime sévère. arrêté la cure. La malade réclame une seconde in-tervention.
88	88	JEDLIKA.	<i>Jedlika. Lococitato.</i> Obs. 5.	28 janv. 1904	F 38	Début : 18 ans. Troubles gastriques avec longues périodes de rémission. Actuellement résistance	Excision de la zone cal-leuse, supportant l'ulcère.	Ulcère pénétrant de la petite courbure dans le lobe gauche du foie ; adhérences postérieures au pan-	Guérison, (obs. 47 de l'auteur) troublée seu-lement par gastrolyse et gastro- un petit ab-duodénostomie, pour ces sous-cuta-sténose spasmodique	Le 17 juin 1904 (obs. 47 de l'auteur) troublée seu-lement par gastrolyse et gastro- un petit ab-duodénostomie, pour ces sous-cuta-sténose spasmodique

89	89	RIEDEL.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> , T. 74, 1904. Obs. 56.	29 janv. 1904	F 56	Contre, sable biliaire dans les selles. Diag.: ulcère chronique et cholélithase. Début: 5 ans. Douleur sous l'arc costal gauche. Depuis 2 ans, vomissements, anémisses, dilatation gastrique.	Libération de la tumeur; excision d'un coin de substance pancréatique. Résection de la zone indurée du cardia.	Ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas.	Guérison.	Oct. 1903. — Les aliments sont bien supportés; mais l'aspect général est malade. (<i>Deutsche mediz. Wochenschrift</i>, 1903, 1-2).	force prem. lade sont bonnes; jours, puis faibles douleurs abdominales, coliques et de vomissements. Pas de modification du poids.
90	90	JEDLICKA.	<i>Zier operativen Behandlung des chronischen Magenengeschwürs und dessen Begleiterscheinungen.</i> Prag. 1904. Obs. 1.	21 févr. 1904	F 33	Début: 3 ans. Douleurs et pesanteur gastriques. Vomissements, récemment mêlés d'un peu de sang. Amaigrissement. Point douloureux sous l'arc costal droit. Diagn.: ulcère.	Excision.	Petit ulcère rond, avec bords indurés, de la petite courbure.	Guérison.	Eprouvait les 6-8 premières semaines, quelques douleurs, après les repas et des renvois, se trouvait bien portante actuellement, mais suit un régime (8 juin 1904).	
91	91	JEDLICKA.	<i>Lococitato</i> (obs. 3).	31 mars 1904	F 28	Début: 3 ans. Hernie inguinale gauche. Selles noires, pas de troubles gastriques. Il y a 2 ans, quelques vomissements avec douleurs abdominales diffuses. Depuis 7 mois augmentation des douleurs. Selles noires. Pas d'hématémèses. Diag.: sténose intestinale?	Résection et drainage.	Ulcère calleux de la paroi gastrique postérieure, avec pénétration dans le foie et le pancréas.	Guérison, retardée par enlèvement tardif du tamponnement (isthme gastrique par déhiscence de la suture) et régime trop sévère.	Etat excellent. Engraissement remarquable, ayant débuté aussitôt après l'opération (5, VI, 1904).	

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATION S OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
92	92	J. BAKES (de Trebitsch).	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> , t. 76, 1905.	3 août 1904	H 34	Anémie considérable par hématomé. Tumeur douloureuse du volume d'un œuf à l'épigastre.	Réssection. La suture a pour conséquence sa base, lumière d'une forme boudinée de l'estomac.	Ulçère calleux de la petite courbure. Aspect incomplet du maldéquirreste anémique et est renvoyé chez lui sur sa demande.	Rétablissement incomplet du maldéquirreste anémique et est renvoyé chez lui sur sa demande.	
93	93	JABOULAY.	Thèse RIVIERE. Lyon 1906 (Obs. 4).	28 nov. 1904	H 42	Souffre de l'estomac depuis 20 ans. Douleurs, vomissements, quelques hématomés, amaigrissement. Epigastrique douloureux à la pression. Dilatation avec HCl libre.	Réssection de l'ulcère.	Ulçère calleux de la petite courbure; péristomite naécrotique autour du pylore, mais pas de sténose.	Guérison.	Mort 2 mois plus tard, avec des accidents de sténose pylorique.
94	94	JAEGER.	<i>Med. Korrespondenzblatt des Württemb. ärzt. Landesvereins</i> , 1905.	1905	H 41	Depuis 6 ans, troubles gastriques. Depuis quelques semaines, tumeur adhérente à la paroi abdominale.	Réssection d'une portion du muscle et de la paroi gastrique.	Ulçère perforé et adhérent à la paroi abdominale.	Guérison.	
95	95	JOHN MARNOCH.	<i>British Medical Journal</i> , 3 avril 1909, p. 834.	janvier 1905	H ?	?	Excision.	Ulçère de la paroi antérieure contre la grande courbure. Adhérences à la paroi abdominale. La base de l'ulcère est formée par le péritoine pariétal.	Guérison.	Guérison maintenue pendant 4 ans.
96	96	JABOULAY.	Thèse RIVIERE (Obs. 7).	11 juin 1905	F 41	Douleurs, devenues intolérables depuis 2 mois; jamais d'hématomé ni mélana. Tumeur épigastrique en arrière du muscle droit gauche, adhérente à la paroi.	Libération de l'adhérence, ouverture de la paroi. Excision de l'ulcère.	Adhérence gastrique, large comme une pièce de 5 francs, très intime avec la paroi. Excision de l'ulcère.	Guérison.	

98	98	HAIM.	<i>Prager mediz. Wochenschrift</i> , n° 26, 1907, p. 331.	8 oct. 1906	F 36	Début : 2 ans. Pe- santeur, renvois aci- des. Vomissements et douleurs violentes, depuis quelques se- maines. Faiblesse ex- trême. Résistance sous l'arc costal gau- che. Beaucoup d'Hel- libre. Diag. ulcère pénétrant.	Libération des adhérences; grosse perte de substance. Ex- cision et su- ture. Drainage.	Pylore libre. Ulcère calleux de la paroi antérieure.	Guérison.	En mai 1907, la malade est en par- faite santé.	maînes plus tard, pé- santeur gastrique, quelques vomisse- ments, voussure épi- gastrique. G. E. se- condaire (pr Narath) motivée par rétrécis- sement au niveau de la zone réséquée.
99	99	GREBLE.	<i>Münchener me- diz. Wochens- chrift</i> , 1907, p. 2532.	?	? ?	?	Réssection.	Ulcère calleux ad- hérent à la tête du pancréas.	Guérison opératoire.	Mort, quatre se- maines après l'inter- vention. Nouvel ul- cère du fond de l'es- tomac, avec perfora- tion consécutive.	
100	100*	SCHMITT.	<i>Münchener me- diz. Wochens- chrift</i> , t. 2, p. 2531.	oct. 1907	H 51	Douleurs violentes, troubles de la motri- cité gastrique ; hé- morragies répétées et abondantes, depuis trois mois par la bou- che et le rectum. Etat très grave.	Réssection el- lipique.	Ulcère de la petite courbure, près du pylore, avec infiltra- tion des parois anté- rieure et post. de l'estomac. Adhérences à la paroi abdomi- nale antérieure.	Guérison. Engraisse- ment rapide (60 livres).		
101	101	HARTMANN.	Observation inédite publiée dans le travail.	6 nov. 1907	H 47		Gastrectomie partielle.	Ulcère calleux en selle de la petite courbure.	Guérison.	9 mai 1914. A tou- jours suivi un régi- me. De temps à autre diarrhée.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
2. — Résection et gastro-entérostomie										
102	1	JORDAN.	STENDEL. <i>Beit- räge z. klin. Chir.</i> , t. 23, p. 371.	8 sept. 1897	F 27	Début : 46 ans Douleurs gastriques, vomissements, héma- témèses et mélena. Amalgrissement. Diag. : Dilatation avec gastrite ulcéreuse chronique.	Excision el- liptique par- tielle. G. E. Hérences au lobe gau- che du foie : Ulcère Hacker au bou- ton de Murphy, gastrite.	Induration de la petite courbure, ad- hérence au lobe gau- che du foie : Ulcère Hacker au bou- ton de Murphy, gastrite.	Guérison.	16 janvier 1898. Absence complète de troubles gastriques. Engraissement de 10 kilos.
103	2	Clinique de Van Hacker. LOTHEISEN	HOFFMANN. <i>Beit- räge z. klin. Chir.</i> , t. 50. 1906 (Obs. 39).	6 sept. 1900	F ?	?	Ouverture de l'abcès : fistule, adhérent à la paroi conduisant dans l'estomac. foration et abcès dans l'excision de l'ulcère. G. E. Sténose cicatri- cielle du pylore. post. au bouton de Murphy.	Ulçère de l'estomac, adhérent à la paroi abdominale, avec per- foration et abcès dans l'excision de le muscle droit gau- che. Sténose cicatri- cielle du pylore.	Guérison.	Pas de troubles et engrassissement trois mois plus tard.
104	3	BRENNER.	<i>Arch. f. klin. Chir.</i> , t. 69, 1903. Obs. 9.	6 sept. 1901	F 47	Troubles gastriques depuis 17 ans. Tu- meur.	Gastro-enté- rostomie anté- rieure et ressec- tion partielle de l'estomac.	Ulçère de la partie médiane de l'estomac, adhérent à la paroi abdominale antérieu- re et au pancréas.	Mort, sept jours, plus tard, d'hé- morragie gastro-intes- tinale.	
105	4	RIEDEL.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 45.	2 mai 1902	F 61	Début : 20 ans. Douleurs à gauche de la ligne médiane abdominale et vomis- sements. Aggrava- tion depuis deux ans. Amaigrissement, di- latation. Tumeur sur la ligne mamillaire gauche, entre l'om- bilic et l'arc costal.	Libération des adhérences hépatiques. Gastrotomie et extirpation transgastrique de l'ulcère dans la substance pancréatique G. E.	Ulçère de la petite courbure, adhérent au lobe gauche du foie et au pancréas.	Mort le 4 juin. <i>Autop- sies</i> . Rien d'a- normal dans l'abdomen. Thrombose des veines fémorales et infarctus pulmonaires suppurés.	
106	5	BRENNER.	<i>Archiv. f. klin. Chir.</i> , t. 69, 1903, Obs. 13.	28 oct. 1902	F 28	Depuis 4 ans, trou- bles gastriques, hé- morragies, tumeur.	Résection partielle le 25; gastro-entéros- tomie antérieu- re, trois jours	Ulçère de la petite courbure, sans adhé- rences, Sténose.	Guérison.	1905. Inapte aux travaux pénibles. Doit éviter les mets lourds; mais en somme bonne santé.

108	7*	MANSELL MOULLIN	<i>The Lancet</i> , 1904, p. 93. Obs. 11.	juillet 1903	F 45	Douleurs, vomisse- ments, hématemèses et méléna récente,	Excision et gastro-entéro- stomie.	Ulcère chronique de la petite cour- bure.	Collapsus. Guérison.
109	8*	J. SCHNITZ- LER.	<i>Münchener Me- diz. Wochens- chrift</i> , 12 mai 1903, p. 845.	1903	F 33	Depuis deux ans, troubles gastriques, amaigrissement. De- puis peu nombreuses hématemèses et ané- mie.	Excision de l'ulcère calleux. G. E. avec en- téro-anasto- mose.	Ulcère calleux de la petite courbure, près du cardia.	Guérison.
110	9	SIN CLAIR WHITE.	SHEFFIELD, <i>Me- dic. Clin. Society</i> , <i>The Lancet</i> , 23 avr. 1904, t. 1, p. 1125.	1904	H 48	Début : plusieurs années. Amaigrisse- ment considérable. Diagnostic : cancer gastrique.	Réssection partielle. Gas- tro-duodénos- tomie posté- rieure au bou- ton de Murphy.	Ulcère chronique de la petite courbure, près du pylore.	Guérison.
111	10	JEDLIČKA.	JEDLIČKA, <i>Loco citato</i> , Obs. 7.	3 juill. 1904	H 36	Début : 6 ans. Ano- rectie. Douleurs épi- gastriques. Vomisse- ments. Hématemèses et méléna. Résistance douloureuse, dans l'é- pigastre, gauche. Diag. : ulcère.	Excision el- liptique de l'ul- cère. Pyloroc- tomie.	Ulcère chronique de la petite courbure. Sténose relative du pylore par hypertro- phie musculaire.	Guérison. D'après les nouvel- les du 8 août, le ma- lade est absolument guéri et a engrais- sé.
112	11	*JABOULAY.	Thèse Rivière. Lyon, 1906. Obs. 3.	20 déc. 1904	H 48	Depuis un an, dou- leurs vives à l'épigas- tre et vomissem. Hé- matémèses peu abon- dantes mais fré- quentes ; méléna presque journalier, hémorrhagies. Léger amaigrisse- ment. Pas de tumeur. Dilatation avec Hel libre. Diag. : ulcère du pylore	Echec de la gastro-entéro- anastomose post. au bouton de Jaboulay ; persistance des hémorrhagies. 2 ^e opér. Résec- tion de l'ulcère et suture pylo- rique.	Ulcère du pylore, peu sténosant.	Guérison.

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de l'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
113	12	—	Thèse RIVIÈRE-Lyon, 1906. (Obs. 4).	26 janv. 1905	F 39	Ulcère calleux sténosant du pylore, pyloroplastie. Amélioration passagère. Gastro-entéro-anastomose post. au bouton de Jaboulay. Nouvelle amélioration passagère.	Réséction de l'ulcère.	Ulcère diminué de volume depuis la G. E., mais englobé dans des callosités correspondant aux fils de la pyloroplastie ancienne.	Guérison.	13 juin 1905. La malade a eu quelques vomissements et son état est moins bon, parce qu'elle est surmenée.
114	13	—	Thèse RIVIÈRE-Obs. 5.	16 mai 1904	H 54	Douleurs épigastriques depuis 4 ans; depuis 18 mois, vomissements; pas d'hématémès. Amélioré. En févr. 1904, gastro-entéro-anastomose. Amélioration passagère puis récurrence des troubles gastriques au bout de 8 mois.	Réséction de l'ulcère.	Ulcère rond type Cruveilhier de la petite courbure de l'estomac. Paroi percée de part en part. Le fond du cratère est fermé par un bouton épiploïque.	Guérison.	
115	14	Clinique de HOFMEISTER.	Sauer, <i>Beitrag zur klin. Chirurgie</i> , t. 59, p. 551. Obs. 1.	18 mai 1903	H 45	Ulcère de l'estomac depuis 3 ans, caractérisé par des douleurs, des vomissements, du sang dans les selles, de l'hyperacidité du suc gastrique.	Excision de l'ulcère. G. E. post.	Ulcère de la petite courbure, adhérent à la face inférieure du foie.	Phénomènes d'ileus; fistulisation d'un abcès abdominal à travers la cicatrice. Ouverture et drainage de la plaie. Guérison.	
116	15	VAN HAECKER.	HOFMAN, <i>Loc. cit.</i> Obs. 41.	5 juin 1905	H 22	G. E. antérieure avec entéro-anastomose 4 ans auparavant pour sténose cicatricielle du pylore. Il y a 6 jours, symptômes d'irritation péritonéale. De	Libération des adhérences et excision de l'ulcère.	Intestin et épiploon adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen. Ulcère gastrique développé sur l'emplacement d'une fistule de G. E.	Guérison.	Excellent état, six mois plus tard.

117	46	JABOULAY.	Thèse Rivière, Lyon, 1906. Obs. 2.	24 oct. 1905	H 31	Début 5 ans : douleurs, vomissements, hématemèses. Amélioration par un régime. Depuis quelques mois, tumeur épigastrique à gauche. Diag. : ulcère gastrique avec péri-gastrite et adhérences à la paroi.	Réssection de l'ulcère; gastro-entéro-anastomose post. au bouton de Jaboulay.	Ulcère prépylorique, avec bloc fibreux unissant l'estomac et la paroi péri-gastrite postérieure, réalisant une symphyse entre l'estomac et le mésocolon.	Guérison.	
118	17	*	Obs. 6.	28 oct. 1905	H 48	Début : 7 ans. Symptômes d'hyperchlorhydrie, puis signes d'ulcère, enfin phénomènes de sténose pylorique. Douleurs épigastriques, vomissements et hématemèses répétées et abondantes.	Excision de l'ulcère et gastro-anastomose sur la grosse tubérosité.	Ulcère en activité de la région moyenne de la petite courbure; sténose pylorique par péri-gastrite.	Guérison.	Mort 7 ans plus tard de tuberculose pulmonaire. <i>Autopsie</i> . Pyllore libre, perméabilité de la bouche de G. E. Forne de l'estomac normale. A. CHALIER (<i>Lyon médical</i> , 1 ^{er} avril 1912).
119	48	Clinique, de Kolmeister.	Stumpf. Loc. cit. Obs. 2.	23 juill. 1906	H 1	Début depuis 4 ans. Hémorragie, vomissements, douleurs. Hyperacidité. Pas de sténose.	Excision segmentaire et G. E. antérieure.	Ulcère de la petite courbure, s'étendant sur la paroi postérieure.	Guérison, trouble pendant les deux premières semaines, par une fièvre de cause incon nue,	Sept. 1908. Excellent état.
120	19	—	— Loc. cit. Obs. 3.	nov. 1906	F 31	Symptômes d'ulcère depuis 14 ans, aggravés depuis 6 ans.	Excision de l'ulcère et G. E. post.	Adhérences unissant l'estomac au pancréas au foie, à la vésicule biliaire. Ulcère de la petite courbure.	Guérison.	Sept. 1908. Excellent état.
121	20	TUFFIER.	Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris, T. 33, 1907, p. 463.	2 mars 1907		En mai 1898, G. E. post. pour retrécissement cicatriciel du pylore. Les troubles gastriques, remontant à plus de vingt ans, disparaissent entièrement. Recemment, plusieurs hématemèses abondantes. Diag. : ulcère peut-être cancéreux.	Réssection.	Réparation spontanée de la bouche anastomotique. Ulcère hémorragique de la petite courbure.	Guérison.	44 mois plus tard, ulcère du duodéum : G. E. avec exclusion unilatérale du pylore (Même <i>Bulletin</i> : T. 34, 1908, p. 776).

NUMÉRO GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
122	21	VIANNAY.	<i>Soc. des sciences médicales de St-Etienne. Revue de Chirurgie de Paris. T. 38, Fasc. 2, 1908, p. 517.</i>	1908	H ?	Malade cachectique. Diagnostic à la laparotomie : cancer. On pratique une G. E. ventriculo-gastro-entérique (extirpation des membres inférieurs (cause inconnue)).	Deux mois après la première intervention, gastrectomie.	Cicatrice prépylorique (2 ^e opération). Ulcère guéri après la G. E.	Guérison.	
3. — Résection et pyloroplastie.										
123	1	NOVAUO.	<i>Contrib. alla chirurgia dello stomaco. Siena, 1899. Obs. 43.</i>	30 févr. 1890	H 20	Vomissements ré-pétés, hématemèses.	Excision et pyloroplastie.	Ulcère de la paroi antérieure de l'estomac.	Guérison.	
124	2	LANGER.	<i>Séance du 9 déc. 1891 de la N. Y. Surgical Society. (New-York Medical Journal, 21 mai 1892, p. 584).</i>	26 oct. 1891	H 35	Début : 2 ans. Douleurs, vomissements, Pas d'hématemèses, ni dilatation. Diagnostic : cécité Gastro-affection de la vésicule biliaire.	Excision large de la zone supportant l'ulcère Gastro-plastie.	Ulcère avec induration de la paroi antérieure de l'estomac ; adhérence à l'épiploon. Ganglions épipléiques. Examen histologique : adénome ulcéré ?	Guérison.	
125	3	CZERNY.	<i>MÜNDLER. Beiträge z. klin. Chir. T. 14, p. 293.</i>	21 janv. 1895	H 29	Début : 4 ans. Gastralgies, hématemèses. Dilatation.	Excision et pyloroplastie.	Sténose pylorique par ulcère.	Guérison.	Excellent état jusqu'en août 1895. Mort le 29 août, par perforation d'un ulcère du duodénum.
126	4	Clinique de Mikulicz. KADER.	<i>Mikulicz. Mittheil. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. T. 2. Obs. 25.</i>	8 avr. 1895	F 31	Depuis 14 ans, troubles gastriques augmentés depuis un an, éructations, douleurs, vomissements profonds. Méléna. Tumeur dure au-dessus de l'ombilic. Hcl libre ; pas d'acide lactique.	Excision et pyloroplastie.	Ulcère calleux de la petite courbure, avec légère adhérence au foie ; ulcère sténosant du pylore.	Vomissements de sang. Mort, 2 jours après l'opérat. de gangrène de la paroi antérieure de l'estomac.	

128	6	MIKULICZ.	<i>Mult. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. T. 2, 1897.</i> Obs. 5.	7 déc. 1895	II 34	Depuis deux ans, vomissements, douleurs épigastriques. Amaigrissement. Dilatation de l'estomac; ni Hcl ni acide lactique.	Excision de l'ulcère, sans téscia-érese. Pyloroplastie.	Ulçère de la paroi postérieure du pylore, adhérent au pancréas.	Guérison.	paroi antérieure de l'estomac à la paroi abdominale et au foie.	3 mois plus tard.
129	7	HENLE.	<i>Allgem. medicin. Central-Ztung, n° 8, 1897.</i>	nov. 1896	F 35	Troubles gastriques depuis de nombreuses années. Récemment, hématoméses abondantes et répétées, phénomènes péritonéaux, douleurs, etc.	Excision de l'ulcère et pyloroplastie.	Ulçère de la paroi antérieure du pylore. Dilatation de l'estomac. Pas de sténose.	Guérison.		
130	8	MIKULICZ.	<i>Loc. cit. Obs. 9.</i>	7 nov. 1896	F 34	Depuis 7 ans, pesanteur et douleurs épigastriques. Plusieurs hématoméses. Sensibilité à la pression au niveau de l'épigastre. Fonctions mécaniques de l'estomac presque suffisantes.	Excision de l'ulcère. Pyloroplastie.	Ulçère de la paroi antérieure de pylore. Légère sténose.	Guérison.	Au début de décembre 1896, en mars quelques violentes crises douloureuses. En juin 1897, excellent état, sauf sensation de fatigue.	
131	9	MIKULICZ.	<i>Loc. cit. Obs. 10.</i>	13 févr. 1897	F 32	Début : dix mois, pendant une grossesse. Amélioration après l'accouchement, puis aggravation. Douleurs, vomissements, amaigrissement, dilatation avec faible activité.	Excision de l'ulcère et pyloroplastie.	Ulçère de dimension moyenne dans la paroi antérieure du pylore. Sténose considérable.	Guérison.	19 juin 1897. Etat très satisfaisant, mais pas aussi bon qu'avant la maladie. Persistance de quelques douleurs gastriques.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
132	10	EISELSBERG	V. EISELSBERG, <i>Archiv f. klin. Chirurgie</i> , T. 62, 1900, p. 64.	14 mai 1898	F 36	Il y a 48 ans, première hématémèse qui récidiva ultérieurement deux fois; à diverses reprises méléna. Violente gastralgie, il y a 4 jours. Anémie et amaigrissement. Faible rétention. Hcl libre +.	Excision circulaire de l'ulcère, pyloroplastie (Heinecke-Mikulicz).	Ulçère de la petite courbure; quelques adhérences au pannœckle. Sténose relative du pylore.	Guérison, troublée par pneumonie.	27 mars 1900. Etat excellent. En sept. 1899, les selles furent noires pendant trois jours.
133	11	COOINVILLA.	<i>Boll. scienze med.</i> 1899. Obs. 40.	16 mai 1897	F 31	Début : 48 mois. Nausées puis douleurs et vomissements, souvent mêlés de sang.	Réséction d'une portion du pylorique, pyloroplastie. Plastic gastro duodénale suivant la méthode de Durante. Cholécyctomie.	Nombreuses adhérences. Communication de l'estomac et de la vésicule biliaire. Ulcère du pylore.	Guérison.	
134	12	MAYO ROBSON.	<i>The Lancet</i> , 10 mars 1900. T. 1, p. 680.	23 juill. 1898	F 44	Début : 2 ans. Douleurs. Amaigrissement. Dilatation gastrique. Hypertrophie du foie sans ictere.	Excision et pyloroplastie.	Ulçère du pylore, adhérent au foie. Sténose.	Guérison.	La malade se porte parfaitement bien, le 23 décembre 1899.
135	13	TUFFIER.	<i>Bull. et Mém. Soc. de chirurgie de Paris</i> , T. 25, 1899, p. 472.	3 mars 1899	F 58	Début : 8 mois. Anorexie. Douleurs épigastriques. Amaigrissement. Tumeur dans la région épigastrique à droite. Diag. : tumeur de l'estomac.	Pyloroplastie de Heinecke-Mikulicz. Excision d'une induration suspecte de la petite courbure.	Rétrécissement cicatriciel du pylore. Tumeur, du volume d'une grosse noix, de la petite courbure. L'examen histol. ne montra que du tissu fibreux.	Guérison.	
136	14	G.E. ARWSTONG (de Montréal)	<i>British Med. Journ.</i> 1900. T. 1, p. 701.	12 oct. 1899	F 46	Début : 8 ou 10 ans. Symptômes sur tout accusés depuis 9 mois; douleurs et vomissements. Hématémèses abondantes et répétées, survenues récemment.	Excision et pyloroplastie de Heinecke-Mikulicz.	Ulçère du pylore, avoisinant la petite courbure; ulcération de deux vaisseaux, l'un dans le fond et l'autre sur un bord de l'ulcère.	Guérison.	

438	46	MAXO ROUSON.	<i>The Lancet</i> , 23 mai 1901. T. 1, p. 1433.	15 nov. 1900	II 38	Début : 43 ans. Douleurs, vomissements, hématomies, Tumeur dans la région épigastrique, adhérente à la paroi.	Excision de deux ulcères, et pyloroplastie.	Tumeur du pylore, adhérente au foie et à la vésicule, à la paroi abdominale, à l'épiploon. Ulcère rond de la paroi antérieure du pylore, avec perforation limitée par adhérences. Ulcère de la paroi postérieure, perforé dans le pancréas.	Guérison.	Excellent état, engraissement 2 mois après l'intervention.	pulmonaire.
439	17	CZERNY.	PETERSEN et MACHOL. <i>Brins Beiträge</i> , 1902. T. 33, p. 339. Obs. 54.	16 juin 1901	II 30	Début : 40 ans. Troubles aggravés depuis un an. Hématomies copieuses et récentes. Dilatation et insuffisance motrice. Pas de tumeur.	Pylorotomie. Excision et pyloroplastie atypique.	Cicatrice à la face antérieure du pylore; adhérences à la vésicule. Ulcère hémorrhagique.	Collapsus. Mort le 3 ^e j. Autop.: Double pneumonie. Anémie des organes.		
440	48	RUEDEL.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 42.	19 août 1901	F 37	Début : 20 ans. Depuis 4 ans, amaigrissement, hématomies et méléna. Tumeur dure à gauche de l'ombilic. Hel libre +.	Extirpation transgastrique de l'ulcère. Vaste perte de substance. Suture plastique des parois.	Ulcère de la petite courbure, en fer à cheval. Envahissement profond du pancréas. Adhérences au colon.	Collapsus et mort le même jour. Autopsie: Anémie. Dégenérescence graisseuse du pancréas.		
441	49	KRAUSE.	MARAGLIANO. <i>Beiträge z. klin. Chir.</i> , T. 41, p. 339, cas 4.	10 oct. 1902	F 39	Troubles gastriques depuis nombreuses années. Impuissance du traitement médical.	Excision cunéiforme de l'ulcère; suture transversale de la perte de substance.	Ulcère de la petite courbure, avec induration du voisinage. Dans la profondeur, ulcération d'une branche de la coronaire.	Paralysie de l'estomac, nécessitant une intervention le 17 octobre. GE antérieure et entéroanasitomose. Jéjunostomie d'après la méthode de Witzel. Mort deux jours plus tard d'épuisement.		

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
142	20	JEDICKA.	JEDICKA, <i>loc. cit.</i> Obs. 8.	22 janv. 1904	F 48	Début : 34 ans. Dyspepsie, douleurs dans l'estomac pendant 10 ans; puis alternatives de rémission et d'aggravation avec hématemèses, qui ont cessé les 25 dernières années. Récidive dans l'épigastre gauche. Diag. : ulcère, spasme du pylore.	Excision de l'ulcère; perte de substance étendue, comblée par gastroplastique lambeaux large-ment pédiculés. Pylorotomie circulaire.	Ulçère de la petite courbure adhérent au lobe gauche du foie. Raccourcissement de la petite courbure. Estomac en cul-de-sac. Sténose pylorique spasmodique.	Guérison.	Nouvelle du 14 août. La malade n'a aucun trouble gastrique. Elle a beaucoup engraisé (plus de 10 kilogrammes).
143	21	—	JEDICKA, <i>loc. cit.</i> Obs. 9.	4 juin 1904	F 45	Début : 6 ans. Bonne santé pendant 4 ans; récidive des troubles douloureux depuis deux ans. Tumeur sous l'arc costal gauche. Bi-latéral. Amaigrissement.	Réséction segmentaire de l'estomac et pylorectomie partielle; gastroplastique de la petite courbure et du pylore au moyen d'un double lambeau pris sur le fond du viscère.	Ulçère chronique de la petite courbure, pénétrant dans la substance hépatique avec rétraction de la courbure. Adhrences pyloriques. Sténose pylorique par hypertrophie musculaire.	Guérison. Engraissement de 7 kilos en 5 semaines (31 juillet).	
144	22	MOREAU.	<i>Acad. de Méd. de Belgiq.</i> , 24 sept. 1904.	1904	F 44	Diag. : ulcère de la petite courbure.	Libération des adhérences. Déchirures. Lar-gectomie et pyloroplastie.	Ulçère en fer à cheval de la petite courbure. Adhrences au foie et au pancréas. Légère sténose du pylore.	Guérison (Engraissement : 5 kilos en 2 mois).	

3. — Résection circulaire médio-gastrique

145	1	RIEDEL.	<i>Deuts. mediz. Woch.</i> 1909. Obs. 20.	31 juin 1898	F 67		Réséction du segment moyen de l'estomac.		Guérison.	28 septembre 1898. Mort de tuberculose. Pas de troubles gastriques.
-----	---	---------	---	--------------	------	--	--	--	-----------	---

147	3	—	Loc. cit. Obs. 21.	10 août 1898	F 45	Début : 1893. Amélioration. Déc. 1896, troubles faisant penser au cancer. Actuellement, tumeur à gauche, au-dessous de l'ombilic.	Réséction du segment moyen de l'estomac. Drainage.	Ulcère en selle de la petite courbure. Adhérences au foie. Pénétration dans la paroi abdominale antérieure et dans le pancréas.	Guérison, retardée par abcès de la paroi et pulmonaire.	Deux mois plus tard, mort par embolie dans l'artère pulmonaire.
148	4	—	Loc. cit. Obs. 22.	21 nov. 1898	F 33	Troubles gastriques. Depuis 6 ans. Douleurs. Vomissements. Hématémèses. Sensibilité à gauche, sous l'arc costal. Actuellement, amaigrissement, sténose probable du pylore, tumeur à gauche de la ligne médiane.	Gastrectomie annulaire large. Fermeture partielle de la tranche gastrique en haut et reunion avec le duodénum. Drainage.	Petite courbure détruite par un ulcère, ayant fortement rapproché le pylore du cardia. Le pylore, non des trois perméable au doigt, est le siège d'un ulcère.	Mort, le 26 novembre. Desunion, au point de réunion des trois sutures.	
149	5	—	Loc. cit. Obs. 33.	30 janv. 1900	F 52	Début : 47 ans. Douleurs et tuméfaction épigastrique. Actuellement douleurs et vomissements, résistance à gauche, se prolongeant vers l'arc costal gauche. Hel libre +.	Extirpation de la tumeur. Fermeture du pylore terminée de l'extrémité supérieure de la plaie gastrique; anastomose de l'extrémité inférieure avec le jejunum (G. post.) et entérostomie sous-colique.	Tumeur occupant tout l'estomac, à droite du cardia et comprenant la grande et la petite courbure. Le pylore n'est pas touché.	Mort, au 6 ^e jour, de diphtérie intestinale.	

NUMÉRO	GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
150		6	BRENNER.	<i>Arch. f. klin. Chir.</i> T. 69, 1903.	12 juin 1900	F 38	Depuis 1899, troubles gastriques; hématemèses.	Réséction médiane de l'estomac.	Ulçère de la petite courbure, adhérent au foie et au pancréas.	Mort, au bout de 20 h. <i>Autopsie</i> : thrombose de la veine rénale.	
151		7	RIEDEL.	<i>Loc. citato.</i> Obs. 39.	18 févr. 1901	H 46	Début . 3 ans. Douleurs, vomissements, hématemèses; puis amélioration. Depuis trois semaines, douleurs abdominales, vomissements noirs, amaigrissement. Hcl libre +.	Gastrectomie annulaire; suture de la partie supérieure de la tranche cardiaque; réunion du pylore à la partie inférieure de cette tranche.	Ulçère de la petite courbure; pas d'adhérences gastriques; le duodénum est accolé à la vésicule biliaire et au foie.	Mort, le 27 févr., de pneumonie gangréneuse de déglutition. L'autopsie ne révèle rien d'anormal dans la cavité abdominale.	
152		8	RIEDEL.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 40.	4 avr. 1901	H 38	Douleurs gastriques en 1900, ablation pour hernie de la ligne blanche, d'un lipome sous-œreux (mars 1900); pas de soulagement. L'insufflation de l'estomac fait porter le diagnostic d'estomac biloculaire. Hcl libre +.	Gastrectomie annulaire; suture du duodénum à la partie inférieure de la tranche gastrique. Drainage.	Ulçère de la petite courbure, adhérent en avant au foie, en arrière au pancréas. Destruction de la petite courbure jusqu'au cardia.	Mort dépendant de la péritonite le 12 avril. Désunion des sutures, à leur point de réunion.	
153		9	RIEDEL.	<i>Loc. citato.</i> Obs. 41.	10 juil. 1901	F 61		Réséction du segment moyen de l'estomac. Suture, d'après la méthode Billroth I.	Ulçère perforé dans la paroi abdominale antérieure; deuxième ulcère accolé au lobe gauche du foie. 3 autres ulcères, dans la paroi postérieure, soudés au pancréas.	Guérison.	Nov. 1908. — Excellent état.

153	11	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 69, 1903. Obs. 40.	19 sept. 1901	F 32	Depuis 43 ans, troubles gastriques, hématemèses, tumeur.	Réséction transversale de l'estomac.	Ulcère de la paroi antérieure avec adhérence au foie et à la paroi abdominale.	Mort, 42 jours tard. Diastase des sutures, fistule gastrique, inanition.	
156	12	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 69, 1903. Obs. 12.	15 mars 1902	F 52	Troubles gastriques depuis l'âge de 29 ans. Hématémèses.	Réséction de l'estomac, d'après le procédé de Billroth I.	Ulcère de la petite courbure, adhérent au foie et à l'estomac.	Guerison.	1903. — Excellent état (BRENNER. Mêmes archives. T. 78).
157	13	RIEDEL.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 46.	24 oct. 1902	H 56	Début : 10-12 ans par renvois, oppressions, douleur. Aggravation depuis un an. Dilatation gastrique et résistance douloureuse à gauche de la ligne médiane. Hel libre +. Acide lactique +.	Réséction de l'appendice hépatique. Gas-trectomie médio-gastrique.	Ulcère de la petite courbure, très haute situation de celle-ci à droite de la ligne médiane.	Mort, le 4 novembre, de complications pulmonaires. Autopsie : Tuberc. pulmonaire; double pneumonie des bronches, bronchite purulente. Rien d'anormal au péritoine.	
158	14	RIEDEL.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 34.	23 mai 1903	F 38	Douleurs et tumeur dans l'épigastre gauche animée de mouvements péristaltiques. Etat général extrêmement précaire. Pouls à peine perceptible.	Libération des adhérences hépatiques et pancréatiques (blessure d'un gros vaisseau). Résect. transversale.	Ulcère de la petite courbure, étendu sur la paroi antérieure (adhérences au foie et sur la paroi postérieure (pénétration dans le pancréas).	Mort, le 25 mai, d'épuisement. Autopsie : Tuberc. pulmonaire, thrombose des veines de la rate.	
159	15	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 78, 1905. Obs. 48.	9 oct. 1903	H 44		Réséction médio-transversale de l'estomac.	Ulcère de la petite courbure, adhérent au foie, au pancréas, à la rate.	Mort de péritonite au 5 ^e jour.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
160	16	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> , T. 78, 1905. Obs. 49.	21 avr. 1904	H 49		Réséction transverse; gastro-entérostomie antérieure.	Ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas.	Mort, le même jour. Autopsie : Cœur brun ; reins pâles, ratatinés.	
161	17	Clinique de Van Hacker. HERTLE.	HOFMAN. <i>Beitrag z. klin. Chir.</i> , T. 50, 1906. Obs. 37.	25 août 1904	H 52	Depuis deux ans, douleurs dans la région gastrique; depuis 6 mois anorexie, douleurs constantes. Constipation. Pas de vomissements; pas de tumeur, pas d'Hcl libre. Amaigrissement. Cancer ?	Réséction circulaire de l'estomac.	Ulcère chronique de la petite courbure, près du cardia. Rougeur inflammatoire de la séreuse.	Guérison.	Excellent état, un an et demi plus tard.
162	18	LAMBOTTE.	<i>Congrès de Bruxelles</i> , 1905. <i>Revue de chirurgie</i> , N° 10, 1905.	2 déc. 1904	F 28	Ulcère médio-gastrique vieux de dix ans avec sténose du pylore. Opération : lade du pan-Sphinctérectomie. Récidive des troubles : 2 ^e opération : gastrolyse. Amélioration, puis nouvelle récidive.	3 ^e laparotomie. Excision de la zone maldade du pancréas et résection annulaire médio-gastrique.	Ulcère de la face postérieure perforé dans le pancréas.	Guérison.	9 juillet 1906. — La guérison peut être considérée comme définitive.
163	19	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> , T. 78, 1905. Obs. 21.	30 déc. 1904	F 50		Gastroentérostomie antérieure en avril 1904; huit mois plus tard, résection transverse.	Ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas.	Guérison.	
164	20	VAN HACKER.	HOFMAN. <i>Beitrag z. klin. Chir.</i> , T. 50, 1906. Obs. 45.	21 oct. 1905	H 39	Douleurs gastriques constantes depuis 7 mois. Résistance douloureuse à la pression dans l'épigastre.	Réséction annulaire d'après la méthode de Billroth II (G. E. post. au bou	Ulcère de la paroi antérieure de l'estomac, adhérent au lobe gauche du foie. Can	Symptomes de péritonite, au bout de quelques jours	

165	21	RIEDEL.	<i>Deutsche mediz. Wochenschrift</i> , 1909, 1 et 2. Obs. 72.	12 févr. 1906	F 20	Début : 2 ans par hématomés. Douleur sous l'arc costal. Traitement médical impuissant. Etat général bon.	Libération de l'ulcère, pour suivre dans le foie et le pancréas. Résection gastrique circulaire (Billroth I).	Ulçère en selle de la petite courbure, perforé en avant dans le foie, en arrière dans le pancréas.	Guérison, troublée par suppuration de la plaie abdominale.	Août 1908. — Excellent état.	Ex-
166	22	RIEDEL.	<i>Deutsche mediz. Wochenschrift</i> , 1909, 1 et 2. Obs. 81.	15 oct. 1906	F 50	Début : 2 ans Douleurs sous l'arc costal. Renvois. Rares vomissements. Ictère. Amaigrissement. Dilatation considérable.	Résection circulaire de la portion moyenne (Billroth I).	Ulçère de la paroi postérieure. Ganglions de la petite courbure. Cancer incipiens ?	Guérison.	4 janv. 1907. — Engraissement de 17 livres. 3 sept. 1908. — Excellent état.	En-
167	23	RIEDEL.	<i>Deutsche mediz. Wochenschrift</i> , 1909, 1 et 2. Obs. 55.	11 mai 1907	F 41	Il y a 7 ans, pour ulcère de la paroi postérieure, anastomose entre les portions cardiaque et pylorique. Récidive des douleurs sous l'arc costal gauche ; à ce niveau tumeur dure, non mobile.	Résection du segment moyen de l'estomac. Suture par la méthode Billroth I.	Ulçère de la face antérieure de l'estomac perforé dans la paroi abdominale. Guérison de l'ulcère ancien.	Guérison.	Sept. 1908. — Bon résultat. Bouléurs dorsales.	Bon
168	24	JONNESCO.	<i>Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Bucarest</i> , 1907. T. 10, p. 146.	13 sept. 1907	H 45	Début : 13 ans. Douleurs épigastriques ; vomissement alimentaire. Méléna. Hypersecretion et hyperechlorhydrie. Diagon. Ulcère.	Résection de la zone moyenne de l'estomac. Perforation respectant les deux parois gastriques. Perforation dans le mésentère. Anastomose avec le jejunum. Drainage.	Ulçère volumineux de la petite courbure, près du cardia, occupant les deux parois gastriques. Perforation dans le pancréas. Adhérences nombreuses.	Guérison.		
169	25	RIEDEL.	<i>Deutsche mediz. Wochenschrift</i> , 1909, 1 et 2. Obs. 107.	1 ^{er} juil. 1908	F 54	Passé ancien de troubles gastriques, avec une hématurie. Douleurs sous l'arc costal. Dilatation.	Résection circulaire (Billroth I).	Ulçère de la petite courbure adhérent au foie et au pancréas.	Guérison.		

N ^o M ^o R ^o	N ^o M ^o R ^o G ^o N ^o R ^o	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATION S OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
170	26	—	—	<i>Deutsche medizin. Wochenschrift</i> , 1909. 1 et 2. Obs. 110.	6 août 1908	F 37	Début : 7 ans. Amélioration pendant 4 ans, puis crises tous les ans. En mai, hématomèse. Actuellement douleurs sur la ligne médiane et à gauche.	Réséction circulaire Billroth I. Cautionnement de la plaie pancréatique. Tamponnement.	Ulçère de la paroi postérieure de l'estomac, perforé dans le pancréas.	Guérison.	
171	27	HARTMANN.	Observation inédite publiée dans le travail.		14 mai 1909	F 51	Stase. Hématémèses abondantes.	Gastrectomie médiane avec implantation du bout pylorique (boulon).	Ulçère de la petite courbure juxta-pylorique.	Mort, le 18 mai (Pneumonie droite)	
172	28	Service du Dr Hartmann. LECENE.	Observation inédite publiée dans le travail.		5 nov. 1910	F 48		Réséction méso-gastrique. Gastrogastrotomie.	Ulçère de la petite courbure.	Guérison.	9 févr. 1912. — Excellent état.

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AOE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
1. — Pylorectomie simple										
173	1	RYDYGIER.	<i>Berliner klin. Wochenschrift</i> , 1882, N° 3.	20 nov. 1881	F 30	Début : 3 ans. Troubles dyspeptiques. Dilatation de l'estomac. Diagn. : sténose pylorique.	Pylorectomie	Ulère de la paroi postérieure ; forte adhérence au pancréas. Sténose laissant passer à peine un crayon.	Guérison.	Parfait état, depuis 24 ans (Congrès internat. de chir. Bruxelles, 1903).
174	2	LAUENSTEIN	<i>Langenbecks Archiv</i> , T. 28, p. 420.	3 janv. 1882	F 34		Réséction du pylore.	Sténose cicatricielle. Adhérences.	Mort le 7 ^e j. Gangrène du colon transverse.	
175	3	VAN KLEEF	<i>Centralblatt f. Ch.</i> , 1882, p. 756.	27 janv. 1882	F 37	Début : 45 ans. Troubles gastriques ; faiblesse et anémie à la suite d'hématomèses abondantes.	Pylorectomie	Ulère de la face antérieure du pylore. Sténose, permettant le passage d'une plume.	Guérison.	Quelque temps après l'opération, à la suite d'écarts de régime, signes d'atonie et de dilatation gastrique, nécessitant des lavages et une diète sévère.
176	4	NEBINGER.	MICHAEL REICHERT. Dissert. inaugurale München, 1884.	4 ^{er} avr. 1882	H 51	Début : 46 ans. Crises douloureuses périodiques, renvois bilieux et acides, vomissements ; hématomèses et méléna à 2 reprises. Amaigrissement et anémie. Pas de gastrectasie. Tumeur pylorique. Diagn. : ulère du pylore.	Réséction du pylore.	Hypertrophie de l'anneau pylorique.	Guérison.	Oct. 1882. — L'état gastrique du malade n'est pas aussi bon qu'après son opération (régime alimentaire defectueux ou début de tuberculose pulmonaire ?)
177	5	RYDYGIER.	<i>Deutsche Zeitschrift für Chirurg.</i> , T. 58, 1901, p. 223. Obs. 2.	2 août 1884	F 48	Ulère de l'estomac avec sténose consécutive du pylore et dilatation de l'estomac.	Réséction du pylore (Méthode Rydygier).		Guérison, troublée par une pneumonie intercurrente.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
178	6	LAUENSTEIN	<i>Deutsche Zeitschrift f. Chir.</i> , T. 44. Fasc. 3 et 4.	29 janv. 1885	H 47	Début : 10 ans. Douleurs. Vomissements. Une hématoméose. Pas de tumeur. Diagn. : sténose du pylore. Dilatation de l'estomac.	Pylorectomie	Ulcère simple de la petite courbure. Sténose pylorique, à peine perméable pour un crayon.	Mort, au bout de 24 h.	
179	7	CZERNY.	CZERNY - RIND-FLISCH. <i>Beitrag zur klin. Chir.</i> , 1892. T. 9, p. 674. Ob. 44.	11 févr. 1885	F 31	Début : 10 ans. Douleurs. Hématémèses. Depuis un an et demi, aggravation des symptômes. Amaigrissement. Tumeur dure, au-dessus de l'ombilic. Pas d'Hcl libre. Diagn. : cancer du pylore.	Pylorectomie	Ulcère volumineux de la grande courbure, près du pylore	Mort, au bout de 2 j. par pneumonie et péritonite localisée. Distension de la ligne de suture à la partie postérieure.	
180	8	BILLROTH.	EISELSBERG. <i>Archiv f. klin. Chir.</i> , 1889. T. 39. Obs. 12.	21 déc. 1885	F 58	Début : 1 an 1/2 Renvois acides après les repas. Depuis 6 mois, vomissements continus. Amaigrissement. Tumeur dure et mobile dans la région pylorique.	Pylorectomie	Induration de la portion pylorique.	Mort, le 5 ^e jour avec des phénomènes de péritonite avant pour point de départ la partie inférieure de la ligne de suture.	
181	9	ESMARCH.	Rapport de PETERSEN au 16 ^e Congrès de Chirurgie allemande (Verhand. d. deutsch. Gesellschaft f. Chir., 1887, p. 39.	3 mars 1887	F 47	Début : 10 ans. Symptômes d'ulcère gastrique. Finalement sténose pylorique avec gastrectasie.	Pylorectomie	Tumeur pylorique.	Mort de péritonite le 8 ^e jour. Béance de la suture. Gangrène de la paroi, par suite de l'action traumatique des	

183	11	ANGERER.	HENRI BRILL. Dissert. de Mû- nich, 1887.	29 mars 1887	F 43	Début : 4 ans. Vo- missements. Dou- leurs. Amaigrisse- ment. Tumeur. Diagn. : Cancer du pylore.	Réséction du pylore. Union de la trachée pylorique avec l'extrémité su- périeure de la fente gastrique	Sténose cicatricielle du pylore. Infiltra- tion d'une grande partie de l'estomac. Ganglions.	Guérison.	Excellent état de- puis deux ans (com- munication au 48 ^e Congrès de chirurgie allemande, <i>Verhandl. der Deuts. Gesellsch. chir. f. Chir.</i> , 1889, p. 139).
184	12	G. F. No- VARO.	<i>Boll. della sez. dei cultori della sc med. nella R. acad. dei fisiocril di Sienna.</i> Vol. V. No 8. 9. Rapporté aussi dans : <i>Central- blatt f. Chirur.</i> , 1888, p. 221.	30 juin 1887	F 48	Depuis 4 ans, gas- tralgies et vomisse- ments fréquents ; il y a 10 mois, hématé- mèse. Actuellement amaigrissement, dou- leur, tumeur mobile, correspondant au py- lore	Essai in- fructueux de division di- gitale (méth. de Loreta). Ré- section du py- lore.	Sténose cicatricielle du pylore.	Guérison.	Excellent état en 1890 (<i>Congrès Int. de Chirurgie de Berlin</i> , 1890. T. III).
185	13	BAUM.	HABERKANT. <i>Ar- chiv f. klin. Ch.</i> T. 51, 1896.	6 août 1887	F 43		Réséction du pylore.	Ulçère de l'esto- mac.	Mort au 3 ^e jour.	
186	14	BILLROTH.	EISELSBERG. <i>Loco cit.</i> , Cas 14.	17 nov. 1887	F 49	Depuis 3 ans, dou- leurs ; depuis 6 mois, vomissements. Tu- meur dans la région gastrique. Amaigris- sement. A été opérée d'un cancer du col de l'utérus, 18 mois auparavant. Diagn. : cancer du pylore et cancer ré- sidivant du col.	Pylorectomie	Sténose cicatri- cielle. <i>Pas de cancer.</i>	Guérison.	Mort le 23 févr. 1888, par carcinome secondaire greffé sur la cicatrice de résec- tion.
187	15	RYDQVIER.	<i>Deutsche Zeit- schrift f. Chirur- gie</i> , T. 58.	22 nov. 1887	H 36	Ulçère de l'esto- mac.	Réséction du pylore (méth. Rydygier).		Mort le jour même de col- lapsus.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRAIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
188	16	KOLATSCHEWSKY	GOLDENHORN, KOLATSCHEWSKY. <i>Berliner klin. Wochenschrift</i> , 47 déc. 1885, p. 1025.	10 mars 1888	H 45	Début 2 ans. à la suite d'une chute ? Douleurs gastriques. Vomissements tardifs. Dilatation gastrique. Tumeur pylorique.	Pylorectomie	Ulçère cicatriciel de la valvule pylorique. Fermeture de l'ostium duodénal par la muqueuse épaissie et polypeuse, niveau d'une suture.	Guérison, troublée par un abcès de la paroi abdominale au niveau d'une suture.	
189	17	MIKULICZ.	ORTMANN. <i>Deuts. Mediz. Wochenschrift</i> . N° 9. 28 févr. 1889, p. 172.	17 mai 1888	F 40	Depuis plusieurs mois, renvois, nausées, oppression gastrique. Depuis dix semaines, douleurs, vomissements, amaigrissement. Tumeur dure et mobile, au-dessus et à droite de l'ombilic. Dilatation. Pas d'Hcl. Diagn. : cancer.	Réséction du pylore (Billroth I).	Tumeur cylindrique embrassant le pylore et l'estomac sur 7 à 8 cms. Pas d'adhérences. Ulcère chronique sténosant. Nulle part trace de dégénérescence cancéreuse.	Guérison.	Etat excellent, six mois plus tard. Mort au bout d'un an et demi, après avoir présenté des troubles gastriques (Mikulicz. <i>Witt. n. d. Grenzgeb.</i> , 1897. Obs. 24).
190	18	BILLROTH.	V. EISELSBERG. <i>Archiv f. klin. Ch.</i> T. 39. Cas 45.	4 juil. 1888	F 46	Début : 19 ans. Depuis 5 mois, aggravation. Vomissements. Amaigrissement. Induration pylorique accessible à la palpation. Dilatation considérable.	Pylorectomie	Sténose cicatricielle.	Mort au 2 ^e jour, de péritonite, par perforation. Un fil avait coupé la paroi friable de l'estomac.	
191	19	LAUENSTEIN	<i>Loc. citato.</i>	18 déc. 1888	H 38	Début : 3 ans. Depuis 4 mois, vomissements tous les soirs. Pas d'hématémèse, ni de tumeur. Écstasy gastrique. Pas d'Hcl fibre ; acide lactique +.	Pylorectomie	Induration annulaire du pylore. Sténose. 3 ulcères près du pylore.	Mort, le 19 décembre, dans le colapsus. Autopsie : Pas de péritonite. Ligne de suture, suffisante.	

193	21	CZERNY.	CZERNY et RIND- FLEISCH. <i>Beitrag z. klin. Chirurg.</i> , 1892, p. 678.	28 janv. 1889	F 45	Début : 43 ans. Dou- leurs, vomissements, tumeur dans la ré- gion pylorique. Diag. cancer ou tumeur de la petite courbure (anévrisme de l'art. coronaire).	Pylorectomie	Induration circon- laire du pylore, éten- due le long de la petite courbure. On croit à un squirre. L'examen montre : hypertrophie du py- lore, suite d'ulcère.	Guérison troubée par une paroti- dite légère.	Mort, 7 mois plus tard, de sténose du duodénum par in- flexion et rétraction cicatricielle (autop- sie).
194	22	BULLROTH.	MIKULICZ. <i>Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Ch.</i> , 1897, p. 260. Obs. 3.	3 mai 1889	H 31		Réséction du pylore.	Sténose bénigne du pylore, avec adhé- rences au foie et au pancréas.	Guérison.	Excellent état jus- qu'en juin 1889, puis hématemèses subi- tes. Gastrotomie. Mort. Nouvel ulcère près de la cicatrice.
195	23	CZERNY.	CZERNY et RIND- FLEISCH. <i>Loc. cit.</i> , 1892, p. 680.	12 oct. 1889	F 50	Début : 2 ans. Dou- leurs, vomissements. Dilatation d'estomac. Induration profonde au niveau du pylore. Inefficacité du traite- ment médical.	Pylorectomie	Sténose cicatricielle du pylore. Trois ul- cères superficiels sur la muqueuse.	Mort le len- demain par collapsus.	
196	24	POSTEMPSKI	VIII. <i>Congresso della società ita- liana di chirurgia Roma</i> , 1891. <i>Riforma med.</i> , nov. 1891 et <i>Cen- tralblatt f. Chir.</i> , 1892, p. 84.	1890	?		Réséction du pylore.	Ulcère gastrique avec sténose du py- lore.	Guérison.	
197	25	MAYDL.	<i>Société des Mé- decins de Vienne</i> (séance du 17 avr. 1891). <i>In Sem. med.</i> , 1-91, p. 174.	1891	H ?	Diagn. : cancer du pylore.	Réséction large de l'es- tomac et du pylore.	Masse cicatricielle, consécutive à un ul- cère. Trois ulcères récents sur la pièce. De plus, invagina- tion du pylore dans le duodénum.	Guérison.	

NOMÉ- NAL	NOMÉ- RO	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
198	26		MAYO ROB- SON.	<i>The Lancet</i> , 10 mars 1900, t. I, p. 680.	25 juin 1891	H 54	Début : 6 mois. Douleurs et vomisse- ments, parfois con- teur marc de café. Tumeur pylorique ; dilatation gastrique.	Pylorectomie	Tumeur du pylore avec adhérences. On pense à un cancer sténosant. Examen histologique : ulcère.	Guérison.	Le malade subit une deuxième opé- ration, quelques mois plus tard. Le nouvel orifice était obliéré.
199	27		JULIUS DOT- LINGER.	<i>Pester mediz. Chirurg. Presse</i> , 14 janv. 1894, n° 2, p. 32.	1894	F 58	Début des dou- leurs : six ans. Diag. du Dr Kelli : ulcère cicatrisé sténosant du pylore.	Réssection du pylore.	Sténose du pylore, adhérences conjonc- tives inflammatoires.	Guérison.	
200	28		KAPELLER.	In HABERKANT, <i>Arch. f. klin. Chir.</i> , t. 51, 1896.	1894	H ?		Réssection du pylore.	Sténose cicatri- cielle du pylore.	Guérison.	
201	29		RYDYCIER.	<i>Wien klin. Wo- chenschrift</i> , 1894, n° 11, 12, 13 et RENCKI. <i>Mittel aus den Grenz- geb. der Med. u. Chir.</i> , 1901, t. 8, p. 353.	3 janv. 1894	H 48	Début : 45 ans. Renvois acides. Dou- leurs épigastriques, vomissements, deux fois teintés de sang. Amalgissement. Di- latation avec hyper- acidité. Diag. : sté- nose pylorique ulcé- reuse.	Réssection du pylore (Méthode de Rydygier).	Ulçère rond du py- lore.	Guérison.	Amélioration pen- dant un an, puis ré- cidence des troubles. Plusieurs séjours à l'hôpital. Mort, le 4 juillet 1900, de per- foration gastrique.
202	30	—		<i>Deutsche Zeits- chrift f. Chirurgie</i> , t. 58, 1901.	16 janv. 1894	H 33		Réssection du pylore.	Ulçère du pylore.	Mort, le 19 janv. Pneu- monie hy- postatique. Pas de relâ- chement des sutures.	
203	31		WILLY MA- YER.	MAX EINHORN. <i>Medical Record</i> , janv. 1895, p. 72.	24 fév. 1894	F 43	Début : 6 ans. Trou- bles dyspeptiques. Di- latation d'estomac avec Hol libre. Tu- meur cylindrique à droite de l'ombilic. Diag. : sténose ben- igne du pylore.	Pylorectomie (et réunion du duodénum à la paroi posté- rieure de l'es- tomac, au moyen du bou- ton de Murphy).	Sténose cicatri- cielle.	Guérison.	

205	33	BEA V. IM- CREDY.	Cité par Miku- Licz. <i>Mitteil. aus den Grenzgeb.</i> , 19	1894	F 58	42	leurs. Vomissements. Dilatation d'estomac. Diag.: ulcère simple avec sténose pylori- que.	Réssection du pylore.	Sténose pylorique cicatricielle. Adhé- rences multiples.	Guérison.	2 mois plus tard, fonctions et capacité gastriques normales
206	34	CECHERELLI	<i>Clinica moder- na</i> , 1895, p. 119.	1895	H 26		Troubles gastriques depuis 9 ans : inap- pétence, vomisse- ments, pyrosis. Pylor- oplastie pour sté- nose cicatricielle en 1894. Récidive.	Réssection de l'estomac et du pylore sur huit centimètres.	Trois ulcères ronds, correspondant au py- lore et du duodénum.	Guérison.	
207	35	RYDYGIER.	<i>Deutsche Zeits- chrift f. Chirur- gie</i> , t. 58.	2 mars 1896	H 36		Ulcère du pylore et sténose.	Réssection du pylore (Méth. Rydygier).		Mort 4 jours plus tard. Ré- tardement d'un 'des points de su- ture et péri- tonite.	
208	36	MAYDL.	JEDLIČKA. <i>Loc. cit.</i> (Obs. 20).	20 mars 1896	F 45		Depuis 9 mois, cri- ses douloureuses épi- gastriques et vomis- sements après les re- pas. Pas d'hémorria- gie. Amaigrissement. Dilatation et tumeur immobile à droite de la région ombilicale. Diag.: cancer du py- lore.	Réssection ty- pique du py- lore.	Sténose du pylore, avec adhérences cica- tricielles à la vési- cale biliaire et au foie, Pas de ganglions in- filtrés. Examen de la pièce : ulcère du py- lore.	Guérison. troublée par jaunissement le 15 juillet 1904 : la ma- lade est en excellent état. Poids : 68 kilos.	
209	37	EISELSBERG	V. EISELSBERG. <i>Arch. f. klin. Chirurgie</i> , t. 54, p. 572 (Obs. 1).	9 mai 1896	F 27		Symptômes pro- gressivement aggra- vés de sténose du py- lore. Tumeur dans la région pylorique. Forte dilatation. Hel- libre, pas de longs bacilles.	Réssection du pylore d'après la méthode Bil- roth I. Drain- nage.	Tumeur pylorique et gros ganglions, le long de la grande courbure. Examen : sténose cicatricielle. Pas de cancer.	Mort au bout de 5 se- maines de pi- ritonite chro- nique. Du- lopsie : Dou- ble perfora- tion de la paroi posté- rieure du duo- dénium, avec abcès.	

NOM	N°	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
210	38	HUNTINGTON.	<i>Annals of Surgery</i> , avril 1900.	28 sept. 1896	H 44	Début : plusieurs années. Troubles gastriques (nausées, vomissements, anorexie, douleurs). Cachexie. Tumeur pylorique. Pas d'Hcl dans le liquide gastrique. Diag.: cancer du pylore.	Réséction du pylore. Implantation de l'extrémité duodénale dans la paroi antérieure de l'estomac, près de la grande courbure, au moyen d'un bouton.	Double ulcère perforant, à la face interne du pylore. Ulcère plus petit à la face antérieure de l'estomac, près du pylore.	Guérison. Issu du bouton le 30 ^e jour.	En excellent état. deux ans plus tard.
211	39	HOCHENEGG	PORETS. <i>Wien. klin. Wochenschrift</i> , 1897.	25 oct. 1896	H 52		Réséction du pylore (Méthode de Kocher).	Sténose cicatricielle du pylore.	Guérison.	
212	40	EISELBERG.	V. EISELBERG. <i>Loc. cit.</i> , p. 576 (Obs. 5).	6 nov. 1896	F 45	Depuis un an, troubles gastriques. Vomissements. Amaigrissement. Tumeur à gauche, au dessus de l'ombilic. Dilatation considérable. Pas d'Hcl libre.	Réséction du pylore, d'après la méthode de Billroth I.	Tumeur pylorique très dure ; forte sténose. Examen : pas de cancer ; tissu fibreux.	Guérison.	
213	41	HABERLIN.	<i>Münchener medizin. Wochenschrift</i> , 24 févr 1901, t. I, p. 332.	23 juill. 1897	F 30	Troubles gastriques depuis 12-14 ans avec vomissements et hématemèses. Amaigrissement. Anémie. Dilatation gastrique. Région pylorique, douloureuse à la palpation. Diag.: ulcère chronique de la région pylorique. Sténose du pylore en partie réelle, en partie spasmodique.	Pylorotomie. Réunion suivant le procédé de Kocher.	Induration circonscrite de la paroi postérieure du pylore. Pylore perméable. Examen de la pièce. Cicatrice mince de la muqueuse.	Guérison.	Guérison maintenue en 1900. Par suite de surmenage, quelques troubles gastriques (douleurs, vomissements, anorexie) guéris au bout de trois semaines.
214	42	J.-W. ELLIOT.	ELLIOT-CUTLER. <i>Boston Med. Surg. Journal</i> , 1897.	1897	H 47	Signes d'ulcère depuis deux ans ; douleur épigastrique, vomissements.	Réséction du pylore et ablation du cinquantième	Tumeur pylorique cicatricielle envahissant la petite courbure.	Mort 4 jours après l'intervention. Au-	

215	43	RYDYGIER.	RENCKL. <i>Mitteil aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.</i> , t. 8, 1901, p. 352.	23 févr. 1898	H 53	Début : 6 ans. Renvois acides, douleur dans l'hypochondre droit. Depuis 2 ans et demi, vomissements acides et sanglants. Amaigrissement. Dilatation.	Réséction du pylore (méth. Rydygier).	Cicatrice dans la région pylorique, et ulcère en évolution (confirmé par examen histologique).	Mort le 43 ^e jour : vomissements incessants. Autopsie : Péritonite enkystée. Pneumonie. Myocardite. Gastrophagie ?	
216	44	EISELSBERG	PAUL CLAIRMONT. <i>Archiv f. klin. Chirurgie</i> , t. 76, 1905.	23 févr. 1898	F 53	Début : 35 ans. Depuis 2 ans 1/2, de nouveau, sensation de gêne et de plénitude gastriques; quelques vomissements. Tumeur étendue, à gauche de l'ombilic. Dilatation, Hcl en grande abondance, sarcines, mais pas d'acide lactique.	Réséction du pylore d'après la méthode Billroth I.	Ulcère cicatrisé du pylore ; sténose et adhérences.	Guérison.	Mort, 7 mois plus tard. N'avait jamais éprouvé de douleurs gastriques depuis l'opération.
217	45	—	— <i>Loc. cit.</i>	30 avril 1898	H 38	Première crise de douleurs gastriques, il y a 6 mois. Depuis douleurs et vomissements journaliers. Tumeur dans la région pylorique. Ni Hcl libre, ni acide lactique. Présence de sang dans le liquide gastrique.	Réséction du pylore, d'après la méthode Billroth I.	Tumeur mobile du pylore, avec sténose.	Mort de collapsus 5 heures après l'intervention.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de l'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
218	46	EISELSBERG	PAUL CLAIR. MONT. Loc. cit.	26 mai 1898	F 52	Douleurs gastriques après les repas depuis 13 ans; depuis 2 ans, en outre, vomissements. Amaigrissement. Dilatation et rétention gastrique. Tumeur. Nitriple. Tumeur. Nitriple. HCl ni acide lactique	Réséction du pylore d'après la méthode Billroth I.	Tumeur pylorique, étendue à la petite courbure. Rétrécissement pylorique formant presque bissac.	Guérison.	A partir de mars 1902, renvois et vomissements. En position couchée, grosse tumeur mobile. Amaigrissement considérable. Mort quelques mois plus tard.
219	47	JEDLICKA.	JEDLICKA, Loc. cit. Obs. 21.	3 nov. 1898	F 32	Signes d'ulcère depuis 15 mois: douleurs, vomissements, constipation; ces derniers temps, diarrhée et amaigrissement. Pas d'hématémèse. Tumeur épigastrique. Dilatation. Helibre +. En outre, tumeur de l'ovaire à gauche.	Pylorectomie.	Ulère du pylore avec infiltration diffuse des parois de celui-ci et de la portion prépylorique. Dilatation gastrique.	Guérison.	Très bonne santé. Engraissement de 16 kilos (juin 1899) Mort le 14 août 1901: cancer de l'ovaire et de l'utérus, abcès perforé dans le bassin.
220	48	KRÖNLEIN.	Miltheil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1897, p. 500; — Voir aussi: KRUZEL. Bruns Beiträge, T. 49. Obs. 11.	26 nov. 1898	H 48	Contusion de la région gastrique, cinq mois auparavant. Vomissements, douleurs gastriques, anorexie, amaigrissement. Sensibilité à la pression, à mi-chemin et à droite de la ligne xyphoïdo-ombilicale.	Pylorectomie (Billroth I).	Induration circulaire de la paroi à 6 cms du pylore et gros ganglions faisant craindre un cancer. L'examen de la pièce montre une sténose cicatricielle en avant du pylore (ce dernier, libre).	Guérison.	Mort, le 2 juil. 1900 de ramollissement cérébral. Depuis l'opération, il n'avait plus souffert de l'estomac
221	49	MAYDL.	JEDLICKA, Loc. cit. Obs. 22.	21 déc. 1898	F 38	Début: 9 mois. Douleurs, vomissements, anorexie. Sensation d'une tumeur mobile. Amélioration par traitement méd. Depuis 3 mois, de nouveaux douleurs, vomissements, constipation.	Réséction circulaire du pylore (Billroth I).	Ulère chronique circulaire de l'antre pylorique. Adhérences au péritoine pariétal, près la cicatrice ombilicale. Gastroparésie. Sténose par épaississement des différentes con-	Guérison.	La malade n'éprouve aucun trouble, a une nécrase engraisée de 45 kilos. Appétit vif (3 juin 1894). Excellente santé le 25 juillet 1904.

222	50	EISELSBERG	PAUL CLAIR- MONT. <i>Loc. cit.</i>	23 févr. 1899	F 39	Depuis 4 mois, douleurs gastriques et vomissements, après les repas, d'aliments non modifiés. Tumeur dans la région pylorique. Peu de rétention.	Réséction du pylore, d'après la méthode Billroth I.	Ulcère de la paroi antérieure du pylore; forte adhérence au pancréas.	Guérison.	En avril 1904, excellent état.
223	51	MURPHY.	Obs. communiquée à W. S. ROMAN. <i>Philadelphia Medical Journal</i> , 9 juin 1900.	Nov. 1899	F 58	Amalgriissement. Vomissements après les repas. Blatation considérable. Diag. : sténose pylorique maligne.	Pylorctomie. Union de l'extrémité duodénale à la paroi ayant envahi le pylore et le duodenum.	Ulcère du pylore, ayant son origine dans l'estomac	Guérison. Augmentation appréciable du poids.	
224	52	HARTOGH.	<i>Loc. cit. Obs.</i> 14.	Avril 1900	H 39	Troubles gastriques depuis 1894, douleurs, vomissements, oppression après les repas. Actuellement, tumeur sous l'arc costal gauche. Gastrectasie; hyperacidité; parfois coexistence d'Hel et d'acide lactique. Cancer ?	Réséction du pylore.	Ulcère du pylore avec sténose. Adhérences.	Guérison.	
225	53	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 69. 1903.	10 mai 1900	F 47	Depuis 20 ans, troubles gastriques. Hématémèses, etc. Tumeur.	Réséction du pylore.	Ulcère du pylore, adhérent à la paroi abdominale antérieure et au pancréas. L'estomac, resserré, forme bourse.	Guérison.	1902 : Excellent état ; la plupart des aliments sont bien supportés.
226	54	KÖRTE.	KÖRTE-HERZFELD. <i>Loc. cit. Obs.</i> 37.	23 mai 1900	H 42	Début : 7 ans. Gastralgies ne cessant qu'après provocation des vomissements. Amalgriissement considérable. Gastrectasie notable avec ptose du viscère. Hel libre +.	Pylorctomie large ; réunion suivant la méthode de Billroth.	Induration cicatricielle, consécutive à un ulcère, de la paroi gastrique postérieure, un peu en avant du pylore.	Guérison, troublée par l'apparition de mélanges, cessant 8 jours plus tard.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
227	55	JEDLICKA.	JEDLICKA. Loc. cit. Obs. 23.	6 juin 1901	H 38	Il y a 4 an, anorexie et amaigrissement; depuis 8 mois, douleurs gastriques. Vomissements, pas d'hémorragie. Coecetie. Dilatation. Tumeur pylorique. Hel libre faiblement positif. Diag. : carcinome du pylore.	Réséction du pylore.	Fort sténose du pylore par infiltration inflammatoire de la sous-muqueuse et hypertrophie de la valvule. Ulcère demi-circulaire de la paroi postérieure de l'antr.	Guérison.	Excellent aspect, engraissement de 34 kilos (47 août 1901). En mars 1902, troubles de la défécation, ballonnement du ventre; rien d'anormal à l'estomac. En juin, on l'opère : cancer papillaire bilatéral des ovaires avec métastases mésentériques. Estomac intact. Guérison opératoire. Mort, quelques sem. plus tard.
228	56	—	JEDLICKA. Loc. cit. Obs. 24.	11 oct. 1901	H 44	Début : 6 ans. Troubles dyspeptiques avec douleurs épigastriques. Cure à Carlsbad : amélioration. Deux ans plus tard, nouveaux troubles. Entre temps, selles noires, amaigrissement. Vomissements. Bouleurs coliques. Actuellement, dilatation. Tumeur sous le rebord costal droit adhérente au foie. Hel libre +.	Pylorectomie.	Sténose pylorique par infiltration inflammatoire. Ulcère atrophique chronique pylorique cutané; puis de la petite courbure, engrais. Adhrences hépatiques à la face antérieure du pylore et à la petite courbure. qu'en nov. Diag. hist. : pas de cancer.	Guérison, par suite de troubles par métroragie sous-pendice xiphoïde. Diag. : cancer. — Mars 1904 : quelques vomissements. Faiblesse croissante. La parotomie, le 49 : troentérostomie. Les 24, mort. Autopsie : cancer gastrique. Engraisment des ganglions et du foie. Péritonite purulente.	Janvier 1904 : tumeur bosselée, immobile, dure sous l'ap. pendice xiphoïde. Diag. : cancer. — Mars 1904 : quelques vomissements. Faiblesse croissante. La parotomie, le 49 : troentérostomie. Les 24, mort. Autopsie : cancer gastrique. Engraisment des ganglions et du foie. Péritonite purulente.
229	57	HARTMANN.	Observation inédite publiée dans le travail.	21 mars 1902	F 36		Pylorectomie.	Ulcère du pylore avec ulcères multiples de l'estomac.	Guérison.	22 mars 1903 : excellent état.
230	58	RUSHTON. PERKER.	British Medical Journal, 29 nov. 1902, p. 1703.	7 juin 1902	H 37	Dyspepsie chronique datant de longues années. Amaigrissement. Impuissance.	Réséction du pylore.	Induration de la région pylorique; adhérences cicatricielles. Perforation de périton.	Mort au 5 ^e jour avec symptômes de périton.	

231	59	CZERNY.	CRAMER. <i>Beitr. z. klin. Chir. T.</i> 54, p. 90.	28 juin 1902	F 45	Il y a 15 ans, maladie diagnostiquée ulcère. Depuis 2 ans, pyrosis. Actuellement, dilatation et insuffisance motrice avec Hcl. Vomissements.	Réséction du pylore.	Ulcère de la paroi antérieure du pylore. Diag. anat. : ulcère perforant avec dégénérescence cancéreuse probable. Diag. hist. : pas de cancer.	Guérison.	Mort le 23 ^e jour. Embolie probable.
232	60	LEJARS.	<i>Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris</i> , p. 325 (Séance du 11 mars 1903).	8 nov. 1902	F 34	Début : 8 ans. Vives douleurs au creux épigastrique jusqu'en 1902 ; depuis cette époque, accroissement des douleurs, vomissements, parfois teintés de sang. Mélena. Tumeur épigastrique, dans la région pylorique. Cancer ?	Pylorotomie, par le procédé de Kocher.	Tumeur pylorique mobile, se prolongeant un peu sur l'estomac. Ganglions le long de la petite courbure. Examen hist. : ulcère.	Guérison.	4 mois plus tard, excellent état et engraissement.
233	61	HINTERS-TOISSER.	<i>Wiener klin. Wochenschrift</i> . 19 janvier 1905, p. 51.	4 déc. 1902	H 24	Fin 1901, hématuries et douleurs gastriques. Malgré les régimes, rémissions et cures, les troubles persistaient. Après le traitement au panaris, l'examen de la pièce montre trois ulcères calleux.	Réséction large au pylorotomie. Gastroduodénostomie. Nombres adhérences, principalement au pancréas. L'examen de la pièce montre trois ulcères calleux.	Tumeur du pylore et de l'antrum pylorique. Nombres adhérences, principalement au pancréas. L'examen de la pièce montre trois ulcères calleux.	Guérison.	11 déc. 1904 : Excellent état et engraissement de 14 k.
234	62	GERSUNY.	ALFRED HERZ. <i>Wien. klin. Wochenschrift</i> . 26 nov. 1903, p. 1327.	23 mai 1903	F 36	Première opération le 30 juin 1900, pour troubles gastriques durant depuis 4 ans : extraction de nombreux calculs biliaires et plastie d'une double sténose cicatricielle pylorique et juxta-pylorique. Amélioration pendant 4 mois, puis récidive des troubles.	Réséction circulaire du pylore.	Adhérences gastriques au foie, au colon, à la rate. Rétrécissement des zones dilatées par plastie à la première opération, par deux nouveaux ulcères, en période de cicatrisation.	Guérison.	Nouvelles, 5 mois après l'opération : engraissement de 6 k ; possibilité de manger sans troubles, mais par petites quantités.

NUMÉRO	NUMÉRO GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
235	63	JEDLIČKA.	JEDLIČKA.	JEDLIČKA. <i>Loc. cit.</i> Obs. 26.	14 nov. 1903	H 33	Début : 12 ans. Troubles gastriques spasmodiques, sans vomissements. Amélioration pendant 3 ans, puis récidive des troubles. Jamais d'hémorragies. Actuellement, résistance douloureuse dans la région pylorique. Dilatation. Hcl libre +.	Réséction étendue du pylore. Ablation de plus d'un tiers de l'estomac. Suture d'après Rydiger.	Ulcère chronique de la paroi postérieure de l'antrum pylorique. Sténose pylorique inflammatoire. Pas d'adhérence.	Guérison, troublée par fistule gastrique.	Excellente santé et engraissement, le 29 février 1904. Etat toujours satisfaisant, le 9 juin 1904.
236	64	GOULLOUD.	GOULLOUD.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 9.	2 janv. 1904	H 47	Diag. : dégénérescence secondaire d'un ulcère. Sténose pylorique.	Pylorotomie.	Induration du pylore. Adhérences fibreuses à la vésicule biliaire. Ulcère pylorique à bords calleux, avec sténose.	Guérison.	En juillet, excellent état. Engraissement notable.
237	65	—	—	<i>Lyon médical.</i> T. 104, 1905, p. 144. Obs. 8.	22 janv. 1904	F 53	Sténose pylorique succédant à des troubles gastriques, durants depuis 8 ans. Affaiblissement mais non cachexie. Cancer au début ?	Pyloro-gastrectomie large (procédé Billroth, 4 ^{re} manière).	Induration pyloriques s'étendant sur la petite courbure. Nombreux petits ganglions. Ulcère pylorique (vérifié histologiquement).	Guérison, troublée par formation d'une fistule gastrique fermée au bout d'un mois.	
238	66	HORAK.	HORAK.	JEDLIČKA. <i>Loc. cit.</i> * Obs. 27.	22 févr. 1904	H 34	Début : 10 ans. Peusateur gastrique et vomissements. Ces dernières années, hémorragies. Actuellement, dilatation relative de l'estomac et grosse tumeur sous l'arc costal droit. Pas d'hcl libre. Diag. : ulcère ? cancer ?	Pylorotomie.	Ulcère de la muqueuse du pylore, entouré d'excroissances papillomateuses, s'étendant jusque dans le duodénum, et rétrécissant la lumière pylorique. Induration du prépylore. Pas d'hypertrophie musculaire, mais infiltration de la sous-muqueuse.	Guérison.	

240	68* HEILE.	Berlin. klin. Wochenschrift. T. 2. 1909, p. 2287.	1909	F ?	Hématémèses fréquentes et abondantes depuis 24 heures. Etat très précaire. Diag. : cancer du pylore, avec sténose.	Réséction en de multiples points, sans paraitre lésée. Exam. micros. : petits ulcères multiples de la muqueuse.	Guérison.
241	69 NOEVER.	La clinique (de Bruxelles). 1910. T. 24. 315-317.	Févr. 1910	F 37	Pour troubles gastriques depuis 7 ou 8 ans, avec hématémèses récentes, G. E. post. en octobre 1907 ; pas d'amélioration. En mars 1908, jéjunostomie. Continuation des douleurs et vomissements.	Pylorectomie.	Guérison.

2. Pylorectomie et gastro-entérostomie

242	1 KRÖNLEIN.	FERD-KREUZER. Beitrüge klin. Chir. T. 49, p. 505. Obs. 1.	21 nov. 1887	II 24	Début : 8 mois, à la suite d'une contusion de la région gastrique. Douleurs, vomissements, hématemèses ; dilatation avec hyperacidité, rétention, tumeur.	Réséction de la tumeur ; ferri-cicatrice du pylore, très adhérente au voisinage.	Tumeur cicatricielle du pylore, très adhérente au voisinage.	Mort, le jour suivant (collapsus).
243	2 LÖBKER.	Verhandl. der deutschen Gesellschaft. Chir. T. 21. 1892 (I. p. 60).	1891	II 45	Sténose du pylore, opérée par la pyloroplastie. Récidive des symptômes.	Réséction du pylore et G. E.		Guérison.
244	3 DOVEN.	Traité chirurg. des affections de l'estomac. Paris, 1895.	28 nov. 1892	H 22	Gastralgies depuis 7 ans ; vomissements depuis 3 ans ; hématemèse ; amaigrissement extrême.	Réséction du pylore ; G. E. (méth. Doyen).	Sténose cicatricielle ; adhérences à la région pylorique ; masse calleuse se prolongeant sur le duodénum.	Guérison.

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATION S OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
245	4	DOYEN.	<i>Loc. cit.</i>	16 juil. 1893	F 59	Symptômes de sténose serrée du pyllore; tumeur dure au voisinage de l'ombilic.	Réséction du pyllore et G. E. antérieure.	Ulère calleux volumineux du pyllore. La tumeur est prise pour un cancer.	Mort au bout de 48 h. (collapsus).	
246	5	RIEDEL.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 9.	8 mai 1895	F 37	Début: 48 ans. Renvois acides, vomissements, douleurs brûlantes dans la région gastrique. Longues émissions nocturnes jusqu'à il y a 2 ans 1/2 (hématurie du duodénum; anémie). Actuellement, amaigrissement, tumeur pylorique avec sténose.	Tentative infructueuse de pyloroplastie le 11 avril. 2° <i>intervention</i> : résection du pyllore; fermeture du duodénum; abouchement du jéjunum à l'estomac.	Ulère cicatrisé de la paroi postérieure du pyllore avec forte adhérence au pancréas. En avant adhérences hépatiques.	Mort d'épuisement dans la nuit. <i>Autopsie</i> : Anémie générale. Pas de péritonite	
247	6	ZORGE VON MANTEUFFEL.	Fück. <i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 54. Obs. 6.	15 nov. 1896	H 30	Début: 4 ans par troubles gastriques. Douleurs, vomissements, constipation, une postérieure dilatation avec flétre rétrocollé libre dans le sac gastrique. Tumeur petite.	Réséction du pyllore; gastro-troentrostomie postérieure rétrocollé. Drainage de la paroi abdominale postérieure.	Tumeur pylorique, fortement adhérente au foie et au pancréas; nombreux ganglions épiptiques. On pense à un ulcère cancéreux. Exam. de la pièce: trois ulcères ronds dans la masse cicatricielle.	Guérison, troublée par congestion pulmonaire.	
248	7	LOEKKER.	<i>Verhandl. der deutschen Gesellschaft. f. Chir.</i> 1897 (1 ^{re} séance du 21 avril).	23 janv. 1897	H 32	Depuis 45 mois, renvois et vomissements fréquents. Douleurs dans la région pylorique, gastrectasie. Pas d'ictère; acide lactique abondant. Constipation. Anorexie. Amaigrissement.	Réséction large du pyllore. Fermeture des moignons. G. E. antérieure (Wölher). Excision ganglions inférieurs. Cancer? En réalité, ulcère pénétrant du pancréas et drainage.	Tumeur du pyllore et du premier segment duodénal, très adhérente à la paroi postérieure de l'abdomen. Quelques ganglions inférieurs. Cancer? En réalité, ulcère pénétrant du pancréas, avec infiltration du duodénum.	Guérison.	

250	9	KÖRTE.	KÖRTE-HERZFELD. <i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 63, 1901. Obs. 33.	10 sept. 1897	F 41	Extirpation en mai 1896, d'un gros noyau de tumeur hépatique multiple. On réséqua le cancer. Hépatite au pyle. Ap. Haecker.	Réséction du pyle (Billroth II). Gastro-entérostomie. Examen histologique simple.	Petite tumeur du pyle avec forte sténose. A l'examen histologique, ulcère simple.	Guérison.	Avril 1900. — Excellent résultat fonctionnel.	de troubles gastriques appréciables ; hernie de la cicatrice, donnant quelque gêne.
251	10	ETTLINGER.	Bruns <i>Beitrag zur klin. Chir.</i> T. 34 (Obs. 7).	9 févr. 1898	F 32	Depuis 12-14 ans, symptômes d'ulcère, pylore, gastro-entérostomie. Depuis 3 semaines vomissements. Actuellement vomissements gast. Hcl li-bouton de Murr d'une pièce de 50 cent. et méléna.	Réséction du pyle (Billroth II). Gastro-entérostomie. Examen histologique simple.	Pylore adhérent au foie et à la paroi abdominale ; tumeur ectasique du pyle, sur l'ectasie de 50 cent. des sutures de la G. E. en partie béante. Bouton libre dans le péritoine.	Mort au 10 ^e jour. Autopsie : péritonite par perforation ; ligne des sutures de la G. E. en partie béante. Bouton libre dans le péritoine.		
252	11	EISELSBERG	PAUL CLAIR-MONT. <i>Loc. cit.</i>	20 juin 1898	F 32	Douleurs d'estomac depuis un an et demi. Hématémèses, il y a 44 mois. Pas de tumeur. Rétention et diatation. Beaucoup d'Hcl libre, pas d'acide lactique.	Réséction du pyle (Billroth II). Gastro-entérostomie. Examen histologique simple.	Ulcer du pyle, adhérence au pancréas.	Guérison, troublée par quelques stigmates de péritonite.		

GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
253	12	Clinique de Mikulicz. HUBNER.	W. KAUSCH. <i>Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirur.</i> , 1899. T. 4. Obs. 21.	27 août 1898	H 44	Depuis 2 mois 1/2, brûlures dans le creux épigastrique, puis pesanteur et vomissements. Selles noires depuis 8 jours. Résistance abdominale, à droite de la ligne médiane. Dilatation. Acidité normale.	Réséction du pylore. Fermeture du bouton de Murphy. Entère anastomose avec suture.	Tumeur circulaire du pylore, adhérente au pancréas. Sténose. Cancer ?	Mort au 2 ^e j. après vomissements sanglants vers la fin. Autopsie : Nécrose partielle du pancréas.	
254	13	HARTOGH.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 43.	sept. 1898	H 57	Troubles gastriques depuis plusieurs années. Vomissements fréquents, depuis 4 semaines. Anorexie. Amaigrissement. Tumeur mobile dans l'épigastre gauche.	Rupture des adhérences, blessure du pancréas. Résection du pylore, fermeture des moignons; G. E. antér. au bouton de Murphy.	Tumeur pylorique, adhérente à l'épiploon et au pancréas. Examen histol. : ulcés.	Guérison.	
255	14*	KÖRTE.	<i>Loc. cit.</i> Obs. 34.	10 oct. 1898	H 60	Depuis 20 ans, troubles gastriques; depuis 15 ans, vomissements périodiques. Amaigrissement considérable. Pas de tuméur. Grosse gastrectasie. HCl libre +	Réséction du pylore (Billroth II). Gastroentérostomie (procédé de Vanacker).	Tumeur annulaire du pylore, adhérente au foie; à l'examen: ulcère simple, circulaire, en partie cicatrisé.	Guérison.	Oct. 1900. — Excellent état.
256	15	MONPROFIT	<i>Bulletin et mémoires de la Soc. de Chirur.</i> , 1898, N° 10.	1898	H 32	Diag. : Cancer.	Réséction. Fermeture de l'estomac et du duodénum. G. E. (méthode de Roux).	Ulcère calleux comprenant le pylore et le tiers juxta-pylorique de l'estomac.	Guérison.	
257	16	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chirur.</i> T. 69, 1903.	19 juin 1899	F 53	Troubles gastriques depuis 49 ans. Vomissements. Tumeur. Diag. : ulcère du py.	Réséction du pylore. Gastroentérostomie.	Ulcère calleux du pylore.	Guérison.	1902. — Bon état, ne doit pas manger beaucoup. — 1904.

258	17	Clinique de Kiel. Pr HELF- RICH.	PAUL GRAF. <i>Deutsche Zeit- schrift für Chir.</i> T. 90, 1907, p. 363.	sept. 1899	F ?	?	Réséction du pylore. Gus- troentérosto- mie postérieu- re au bouton.	Ulçère du pylore.	Mort, 19 h. après l'inter- vention de collapsus. <i>Autopsie</i> : Dégénéres- cence gais- seuse des or- ganes.	resection ; sténose gastrique. Gastroen- térostomie. Mort. (BRENNER. <i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 78).
259	18	HERMANN. SCHULOFFER.	<i>Beiträge z klin. Chir.</i> T. 32, p. 362. Obs. 14.	25 oct. 1899	F 38	Depuis 4 mois, dou- leurs stomacales, dou- leurs gastriques et vo- missements. Jamais tête d'hémorragies, créas. Ferme- ment. Amaigrissement. For- te dilatation avec des mol- les. HCl +. Pas d'acide et G. E. anté- rieure. Tumeur pylo- rique.	Réséction large du py- lore et de la petite courbe, adhérente au pan- créas. Cancer ? Examen de la pièce : ulcère chronique.	Tumeur de la ré- gion pylorique et de la petite courbe, adhérente au pan- créas. Cancer ? Examen de la pièce : ulcère chronique.	Mort au 10 ^e jour de peritonite. <i>Autopsie</i> : gangrène du colon trans- verse.	
260	19	KÖRTE.	KÖRTE-HERZ- FELD. <i>Loc. cit.</i> Obs. 36.	8 févr. 1900	F 49	Vomissements pres- que journaliers de- puis 5 ans. Cachexie. Gastrectasie. Résis- tance dans la région pylorique. Liquide gastrique : Hcl libre abondant ; acide lac- tique +.	Réséction large du py- lore. Ferme- ture des trans- verses gastri- ques et duodé- nale. G. E. pos- térieure (méth. de Van Hac- ker).	Ulçère calleux de la petite courbe et du pylore, avec adhé- rences nombreuses, notamment au pan- créas.	Mort au 4 ^e jour de collapsus. <i>Autopsie</i> : rien de par- ticulier dans l'abdomen. Pneumonie de la base droite.	
261	20	BRENNER.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 69, 1903.	20 nov. 1900	F 32	Troubles gastriques depuis six ans ; vo- missements, dou- leurs, etc.	Réséction du pylore ; gas- troentérosto- mie postérieure	Ulçère du pylore, adhérent au pan- créas ; double pylore.	Guérison.	11 juillet 1902. Bonne santé ; accou- chement normal en avril 1902. Diges- tions faciles. Sym- ptômes d'anémie.

NUMÉRO	GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
252	21	KRONLEIN.	FERD. KREUZER. <i>Beiträge z. klin. Chir.</i> , T. XLIX. Obs. 30.	12 déc. 1900	H 44	Depuis 2 ans, dou- leurs épigastriques. Anorexie ; vomisse- ments, parfois tin- tes de sang, amaï- grissement, insuffi- sance matrice. Hel libre et longs ba- cilles dans le contenu gastrique. Pas d'a- cide lactique. Diag. : cancer ?	Réséction du pylore, d'après la méth. Bill- roth II (G. E. post.)	Induration de la petite courbure, près du pylore, large sup- puration de la plaie. comme une pièce de 5 fr. Pylore peu mo- bile. Gros ganglions. Examen : pas de can- cer.	Guérison, troubée par une suppu- ration de la plaie.	27 sept. 1901. — Excellent état. Deux ans auparavant, un examen du suc gas- trique avait montré une motricité nor- male et l'absence de Hel libre.	
263	22	Clinique de Kiel. P. HELFEB- RICH.	PAUL GRAF. <i>Deutsche Zeits- chrift f. Chirur- gie.</i> T. 90, 1907 (Obs. 29).	Mars 1901.	H 36	Début : 12 ans. Crises douloureuses récurrentes dans les régions gastrique et hépatique. Vomisse- ments légers ? Ac- tuellement résistan- ce à droite, sous l'ombilic.	Réséction du pylore. Gastro- entéromie postérieure au bouton.	Vésicule biliaire adhérente sans cal- culs. Tumeur pylori- que adhérente au foie. Cancer ?	Guérison (Pas de Hel libre, après repas d'é- preuve).	Malade revu en 1906 (été). Se plaint de faiblesse, douleurs, est tenu à un régime sévère ; pas de vomis- sements. Selles régu- lières. Résistance à droite de l'ombilic. Repas d'épreuve : Hel +, acide lacti- que : 0.	
264	23	CZERNY.	<i>Beiträge z. klin. Chirurgie.</i> T. 36. Fasc. supplém., p. 94.	19 mars 1901	H 50	Depuis 1 an 1/2, douleurs, hématémé- ses, amaigrissement bilatéral avec Hel libre. Tumeur peu nette.	Réséction du pylore, G. E. (proc. de Van Hacker) au bouton de Mur- phy.	Tumeur de la dimension d'une pièce de un franc à la face antérieure du pylore.	Le 4 ^e jour, bronchite et ictère. On ouvre l'ab- domen et incise un petit abcès du pancréas. Mort le 31 : <i>Autopsie.</i> Pneumonie.		
265	24	—	<i>Loc. cit.</i>	3 avril 1901	F 54	Début : 20 ans Aggravation récente des troubles et amaï- grissement. Insuffi- sance matrice. Dimi- nution d'Hel libre.	Réséction du pylore et G. E. (procédés Van Hacker et Mur- phy combinés)	Tumeur cicatri- cielle du pylore. Ganglions à la grande et petite courbure. Diag. hist. : ulcère benin.	Guérison.	De janv. à avril 1903, quelques trou- bles gastriques et de l'ictère (CHAMER : <i>Bruns Beiträge.</i> T. 51)	

267	26	Clinique de Kiel. P. HELF- RICH.	PAUL GRAF. <i>Deutsche Zeits- chrift f. Chirurgie</i> , T. 90, 1907 (Obs. 27).	Juin 1901	H 44	Début : 20 ans. Douleurs. Vomisse- ments. Dilatation. Pas d'acide lactique ni Hcl libre. A droite, sous l'ombilic, résis- tance nette.	Réséction. Gastroentéros- tomie posté- rieure au bou- ton.	Pylore sténosé avec nodosités irréguli- res (ganglions. Can- cer ?	Guérison.	Le malade est en excellent état, le 31 juillet 1905.	après l'opération pen- dant quelque temps une sensation d'op- pression dans le côté droit du ventre.
268	27	CZERNY.	<i>Loc. cit.</i>	2 juin 1901	F 37	Douleurs abdomi- nales depuis de nom- breuses années. Tu- meur mobile à l'épi- gastre. Insuffisance clinique et motrice. pylore.	G. E. (procé- dés V. Hacker et Murphy combinés). Un mois plus tard, résection du pylore.	Tumeur du pylore. Ganglions dans les épiploons. Diag. hist : Ulçère bénin.	Guérison.		
269	28	—	CRAMER, <i>Bei- träge z. klin. Chir.</i> , T. 51, p. 90.	12 juill. 1901	F 37	Crises stomacales spasmodiques depuis 6 ans. Amaigrisse- ment. Tumeur à gauche et au-dessous de l'ombilic. Dilata- tion gastrique. Pas d'Hcl libre.	G. E. post. au bouton, et pylorique. Ulcère un mois plus tard, résection feuille de trèfle. Examen hist : Ulcère calleux, en voie de cicatrisation.	Tumeur de la zone pylorique. Ulcère peripigieux, en feuille de trèfle.	Guérison.	Janv. 1902 : En- graissement de 27 li- vres. La malade, d'après le médecin, est morte de cancer en août 1904.	
270	29	Clinique de Van Hacker. NICOLADONI	HOFMAN, <i>Bei- träge z. klin. Chirurgie</i> , T. 50, 1906, p. 723 (Obs. 30).	18 juill. 1901	F 36	Début : 20 ans. Plusieurs hématé- mes. Accroissement des douleurs depuis deux mois. Amaigris- sement. Dilatation de l'estomac avec Hcl libre.	Réséction du pylore d'après la méthode de Billroth II (G. E. post avec suture).	Ulçère de la paroi postérieure du pylore avec sténose. Cancer ?	Guérison, troubée par des symptô- mes de téta- nose dès le lendemain de l'opéra- tion, et per- sistant pen- dant une semaine.	5 semaines après l'intervention, érysi- pèle nasal. Mort. Pas d'autopsie.	

NUMÉRO GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
271	30	GARRÉ.	STICH. <i>Bruns' Beitrage</i> , T. 40, p. 366 (Obs. 22).	22 févr. 1902	H 37	Début : 17 ans. Aggravation depuis un an. Pas de dilatation ni tumeur. Amaigrissement. Diag. : cancer gastrique.	Réséction par la méthode Billroth II.	Tumeur pylorique légèrement sténosante. Adhérences au foie, au pancréas, au duodénum.	Mort, le 18 jour : Abcès sous-phréniques sous-phrénique perforé dans la cavité pleurale, empyème (me 9 mars).	
272	31	BORSZKY.	<i>Brückner's klin. Chir.</i> T. 57, 1908 (Obs. 61).	24 févr. 1902	H 57	Début : 4 an 1/2. Douleurs, vomissements, hématemèses. Depuis 5 mois, tumeur à droite de l'ombilic. Amaigrissement. Dilatation gastrique. Hel libre en abondance. Diag. : Sténose du pylore. Cancer ?	Réséction du pylore. G. E. la paroi antérieure postérieure.	Ulçère calleux de la paroi antérieure du pylore, avec sténose.	Guérison.	Départ en bonne santé le 17 avril. Engraissement notable. 30 septembre 1906 : Guérison maintenue.
273	32	BRENNER.	<i>Arch. f. klin. Chir.</i> T. 69, 1903 (Obs. 14).	25 oct. 1902	F 49	Depuis deux mois, troubles Gastriques, douleurs, etc.	Réséction transversale, gastroentéro-stomie antérieure.	Ulçère du pylore, adhérent au foie et au pancréas.	Guérison.	1905. — Excellent état. Aptitude au travail.
274	33	JONNESCO.	<i>Bullet. et mémoires de la Soc. de Chirurgie de Bucarest.</i> Séance du 26 mars 1903. T. VI, p. 46-48.	26 févr. 1903	H 55	Début : 9 ans. Douleurs, vomissements, pyrosis. Première hématomèse, il y a un an et demi. Amaigrissement. Pas de tumeur ni ganglions. Hel libre +. Diag. : Ulçère rond, probablement dégénéré.	Pylorectomie avec gastroentérostomie transverso-colique post.	Pylore dur et mobile ; induration surtout prononcée au niveau de la petite courbure ; ganglions. Examen de la pièce : Ulçère et ganglions inflammatoires.	Guérison.	

276	35	JOHN B. DEEVER.	<i>Annals of Surgery</i> , 1908, p. 909.	24 juin 1903	F 48	En mars, vomissements couleur chocolat. Tumeur mobile. Insuffisance motrice avec Hcl libre. Début : 40 ans. Crises gastriques douloureuses, survénant tous les 40 mois et durant 2-3 semaines; vomissements couleur marc de café, très acides, 40 mois auparavant. Sensibilité de la région épigastrique.	Pylorectomie et gastroentérostomie post. pylor.	Ulère gastrique avec sténose du pylor.	Guérison.	Excellente santé et poids normal, le 3 février 1908.
277	36	MONPROFIT		9 janv. 1904	H 46	Réssection du pylor et G. E. (méthode Roux)			Guérison.	
278	37	J. BAKES de Trebitsch	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 76, 1905.	17 mars 1904	H 26	Dilatation gastrique énorme. Tumeur sensible et mobile dans la région pylorique. Amaigrissement. L'épreuve du lavage de l'estomac fait penser à un estomac bi-loculaire.	Gastroentérostomie postérieure. Résection du pylor avec ablation de la couche superficielle du pancréas.	Ulère calleux du pylor avec sténose; seconde portion antérieure formée par le segment horizontal du duodénum.	Guérison.	En bonne santé, en janvier 1905.
279	38	KRÖMLEIN.	FERD. KREUZER. <i>Loc. cit.</i> (Obs. 78).	17 mars 1904	F 52	Début : 32 ans. Depuis 10 ans, vomissements intenses, nécessitant des lavages d'estomac journaliers. Sensibilité sous l'arc costal droit. Dilatation considérable de l'estomac avec Hcl libre en abondance. Pas d'acide lactique. Diag. : Sténose bénigne du pylor.	Réssection du pylor d'après la méthode de Billroth II (G. E. post.).	Induration de la paroi postérieure du pylor. Gros ganglions épiploïques. Cancer? À l'examen: infiltration chronique de la muqueuse que de toutes les couches gastriques, avec ulcération de la muqueuse.	Guérison. 43 juillet 1905.	Excellent état sub-jectif. Il persiste un peu de douleur à la pression de l'épigastre. La motricité gastrique est légèrement diminuée (dilatation avec présence d'acide lactique).

NOMÉRO GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
280	39	HINTERS-TOESSER.	<i>Wiener klin. Wochenschrift</i> , 19 janvier 1905, p. 51.	23 mai 1904	H 44	Vieille affection rénale; depuis deux ans, souffre de l'estomac, vomissements, amaigrissement, douleurs gastriques coliques. Tumeur sous l'ombilic. Hcl libre +.	Pylorectomie large; fermeture respective des moignons G. E. antérieure au bouton de Murphy.	Ulère calleux de la petite courbure à 4 cms, du pylore. Tendance à la biloculation.	Guérison.	7 septembre (103 ^e jour), laparotomie pour extraction du bouton.
281	40 [*]	—	<i>Wiener klin. Wochenschrift</i> , 19 janvier 1905, p. 51.	2 juillet 1904	H 54	Troubles gastriques hématisés depuis, actuellement dans la région pylorique, amaigrissement, hématisés à son entrée à l'hôpital.	Pylorectomie. Fermeture res-pective des moignons G. E. antérieure au bouton de Murphy.	Tumeur pylorique, soudée au colon transverse et à l'épiploon. Ulère calleux du pylore.	Guérison.	14 décembre. Excellent état. Forte augmentation du poids.
282	41	BAKES.	<i>Archiv. f. klin. Chirurgie</i> , T. 76, 1905.	30 juill. 1904	?	Résistance douloureuse dans la région gastrique.	Réséction du pylore, gastro-entérostomie.	Ulère calleux du pylore, avec sténose.	Guérison.	
283	42	RICARD.	GAUDEMET, Thèse de Paris.	8 nov. 1904	H 49	Signes de sténose pylorique.	Réséction du pylore par le procédé de Billroth II.	Ulère ancien du pylore, avec épaisse perigastrite.	Guérison opératoire. Amélioration des symptômes.	
284	43	BRENNER.	<i>Archiv. f. klin. Chir.</i> , t. 78, 1905. Obs. 20.	9 déc. 1904	H 38		Réséction du pylore; gastro-entérostomie antérieure.	Ulère du pylore et sténose.	Guérison.	10 avril 1905. Ulère peptique du jéjunum. Suture du jéjunum et réfection de la paroi abdominale par hernie.
285	44	Clinique de Hofmeister.	STUMPF. <i>Loc. cit.</i> , Obs. 28.	avril 1905	H 36	Troubles gastriques depuis plusieurs mois. Amaigrissement. Hernie épigastrique. Cancer ?	Réséction d'après le procédé de Krönlein-Mikulicz.	Tumeur de la petite courbure, du volume d'une noix. Ganglions de la petite courbure hypertrophiés. Examen histol.	Guérison.	

287	46	Clinique de Hofmeister.	Stumpf, <i>Beiträge z. klin. Chir.</i> , t. 59, p. 632. Obs. 27.	déc. 1905	H 64	Troubles gastriques depuis 6-7 ans; vomissements fréquents dans la dernière année. Présence de sang dans les matières vomies et les selles. Hyperacidité.	Réséction du pylore d'après la méthode de Billroth II.	Tumeur pylorique du volume d'une prune, adhérente au pancréas. Cancer? L'examen montre un ulcère sténosant.	Guérison.
288	47	Jonnesco.	<i>Bull. et Mém. Soc. de Chirurg. de Bucarest</i> , 1906, t. VIII, p. 436-438.	30 déc. 1905	H ?	Phénomènes dégénératifs chroniques; atonie et insuffisance gastriques avec hyperacidité. Ulcère? du pylore.	G. E. trans-mésocolique postérieure et résection large du pylore.	Induration non adhérente de la petite courbure. Pylore induré.	Guérison.
289	48	J. BAKES (de Trebitsch).	<i>Archiv. f. klin. Chirurgie</i> , t. 76, 1905.	?	H 44	Signes de sténose pylorique avec dilatation gastrique énorme (grande courbure au niveau de la symphyse). Affaiblissement extrême.	Réséction du pylore et de la portion adhérente du pancréas. G. E. ph yse). Désinsertion du canal cholédoque abouti dans la portion réséquée du duodénum et implantation dans le jéjunum. Drainage.	Tumeur pylorique avec adhérences péri-gastrique, accolée au pancréas.	Guérison
290	49	GAYET.	<i>Lyon Médical</i> , 1907, t. 408, p. 992-995.	7 sept. 1906	H 42	G. E. au bouton de Jaboulay, en avril 1905, pour ulcère vieux d'un an. Récidive des douleurs au bout de 8 mois. Aggravation croissante. Hyperacidité du suc gastrique.	Nouvelle entéroanastomose et résection du pylore.	Rétrécissement de l'ancienne anastomose. La tumeur pylorique, qui existait à la première opération, a disparu, mais il existe une induration nette, avec sténose.	Guérison.

NOM	GÉNÉRAL	NUMÉRO	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRAIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
291	50	J. S. MAYER	<i>Beitrag z. klin. Chir.</i> , t. 64, 1908, p. 194. Obs. 57.	25 fév. 1907	H 56	Début : 15 ans. Longue rémission des troubles. Depuis déc. 1906, récidive : oppressions, vomissements, renvois acides, amaigrissement, sensibilité épigastrique ; dans le liq. gastrique, sang. Hcl libre.	Pylorectomie et G. E. post. au bouton de Murphy.	Induration de la petite courbure, considérée de nature maligne. Sténose peu serrée. Exam. histol. : ulcère diphtérique.	Guérison.	29 avril. Bon état. De temps à autre, quelques douleurs. Pas de régimes spécial.		
292	51	Clinique de Hofmeister.	STUMPF, <i>Beitr. z. klin. Chir.</i> , t. 59, p. 554 (Obs. 5).	31 mai 1907	F 38	Crises de douleurs violentes dans l'abdomen, il y a environ un an, et apparition d'une tumeur dans la région de la vésicule. Récidive, des crises. Actuellement, tumeur sous l'arc costal droit.	Excision de l'ulcère ; grande perte de substance, rendant impossible la suture. Fermeture du duodénum. Implantation du jejunum dans la partie inférieure de la tranche gastrique.	Ulcère calleux du pylore, avec adhérences périgastriques. Dans la vésicule biliaire rien d'anormal.	Guérison.			
293	52	JONNESCO.	<i>Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Bucarest</i> , 1907, t. X, p. 146.	8 sept. 1907	H 32	Crises d'épilepsie depuis 12 ans, précédée d'une aura gastrique. Hématémèses et méléna. Hyperchlorhydrie.	Réssection du pylore et G. E. transméso-colique postérieure.	Induration du pylore, avec adhérences aux organes voisins. Ulcère de la paroi pylorique postérieure perforé dans le pancréas.	Guérison. - Engraissement. Diminution des attaques épileptiques.			
294	53	WALTHER.	<i>Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie</i> , 1940, t. 36, 1231-1234.	11 nov. 1910	H 45	Début : 45 ans. Douleurs et vomissements alimentaires, parfois couleur chocolat. Dilatation gastrique avec présence d'acide lactique et Hcl ? Tumeur pylorique dure, immobile. Diag. : ulcère cancéreux ?	Réssection du pylore ; fermeture des moignons et G. E. transméso-colique (procédé de Ricard).	Tumeur pylorique du volume d'une petite noix. Nombreuses adhérences. À l'examen : ulcération du pylore ; autre ulcère sur la première portion du duodénum.	Guérison. - Troublée par une poussée de grippe.			

296	2	J.-M. SPEAR	<i>American Journal of Medical Sciences</i> , av. 1885. (Analyse in <i>Centralblatt f. Chirurgie</i> , 29 août 1885, p. 616).	10 janv. 1885	H 40	Début : 9 ans. Périodes d'aggravation et d'amélioration. Douleurs. Vomissements. Renvois acides. Dilatation considérable. Affaiblissement extrême.	Excision d'un segment triangulaire du pylore.	Induration de la partie supérieure du pylore et de la petite courbure. Pas d'adhérences. Sténose cicatricielle du pylore. d'autopsie.	Mort de bout de 17 heures. Péritonite.
297	3	BILLROTH.	EISELSBERG. <i>Loco cit.</i> , c. 17.	27 oct. 1887	H 31.	Depuis longtemps, vomissements, hématemèses. Amaigrissement. Écasse gastrique. Tumeur dans la région pylorique.	Pylorotomie partielle (excision rhomboidale; suture suivant la diagonale verticale).	Induration à la paroi antérieure de l'estomac, près du pylore. Sténose avec trace d'ancien ulcère.	Mort au 10 ^e jour de péritonite, après un écart de régime (alimentation solide). Pas d'autopsie.
298	4	—	— <i>Loco cit.</i> , cas 18.	16 déc. 1887	F 37	Début : 15 ans. Depuis 3 mois, augmentation des troubles. Vomissements, amaigrissement. Écasse. Tumeur pylorique.	Réssection cunéiforme de la partie pylorique. Suture pyloroplastique.	Sténose cicatricielle par vieil ulcère.	Mort au 14 ^e jour de péritonite. Rupture de la li-gne de suture par un noyau de prune.
299	5	NIEDERLÉ.	JEDLIČKA. <i>Loc. cit.</i> , Obs. 25.	29 nov. 1901	H 41	Début : 3 ans. Douleurs, vomissements tardifs. Sensibilité paroi sous l'arc costal droit libre +.	Excision cunéiforme de la paroi supérieure du pylore. Suture gastro-duodénale semicirculaire.	Ulcère pylorique voisin de la petite courbure.	Malade bien portant, jusqu'à sa mort, causée par une pneumonie (19 sept. 1902).

NUMÉRO GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
300	1	ZELLER.	<i>Centralblatt f. Chirurgie</i> , 1894, p. 355.	1894	?		Réséction de la partie rétrécie.	Estomac en sablier. Rétrécissement par ulcère ancien. Adhère au lobe gauche du foie et du pancréas.	Mort par péritonite (perforation d'un ulcère récent).	
304	2	SCHULZ (de Ham-bourg).	<i>Münchener medizinisch. Wochenschrift</i> , 1898, p. 1398.	1898	F 50	Symptômes typiques d'ulcère. On diagnostique pour-tant une tumeur maligne, parce qu'on sent une résistance ferme.	Réséction totale de la portion sténosée et réunion des deux lumières de l'estomac.	Adhrences de la paroi gastrique antérieure avec l'épiploon et le foie. Par infiltration de l'ulcère, sténose considérable et estomac en sablier.	Guérison.	Excellent état, trois mois plus tard.
302	3	KUMMEL.	<i>Ringel. Loc. cit.</i>	6 avril 1898	F 43	Depuis longtemps, troubles gastriques. Pas de vomissements. Amaigrissement considérable. Forte dilatation. HCl libre +. Résistance épigastrique.	Rupture des adhérences et réséction.	Ulcère de la petite courbure, adhérent au bord inférieur du foie et au pancréas. Estomac biloculaire.	Guérison.	
303	4	KÖRTE.	KÖRTE. HERZFELD. <i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 63, 1901. Obs. 35.	8 mai 1900	F 46	Plusieurs hématemèses en nov. et en déc. 1899. Amélioration jusqu'en mars 1900, puis douleurs gastriques violentes et vomissements. Actuellement gastrectasie. Pas d'HCl; présence d'acide lactique.	Réséction cylindrique.	Ulcère en partie élargi de la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du pylore. Sténose serrée de l'estomac.	Guérison.	7-6-1900. — Engraissement de 43 livres. Excellent état.
304	5	KRAUSE.	<i>Centralblatt f. Ch.</i> , 1903, p. 58. V. aussi: <i>Deuts. Med. Wochenschrift</i> .	Janv. 1902	H 44	Troubles gastriques violents	Réséction annulaire de la partie sténosée.	Bilocation de l'estomac, par ulcère infiltré de la petite courbure.	Guérison.	

1. Résection annulaire médio-gastrique

1902.	46	leurs, nausées et vomissements. Il y a 3 mois, hématomèse. Dénutrition. Diagn. : sténose pylorique cicatricielle.	46	Guérison.	Guérison.
306	7	KAMMERER. <i>Annals of Surgery</i> (févr. 1904).	1904	Symptômes de sténose pylorique et d'ulcère.	Guérison.
307	8	LICHTE-NAUER. <i>Berl. klin. Woch.</i> , 1902. No 44.	1904		Guérison.
308	9	LAMBOTTE. <i>Loc. cit.</i>	11 juil. 1904	Souffre depuis longtemps de l'estomac. Le diagnostic d'ulcère calleux a été porté depuis 3 ans. Cachexie.	Excellent état, en juillet 1906.
309	10	VALLAS. <i>Soc. de Chir. de Lyon</i> , 19 janv. 1906.	15 déc. 1904	Douleurs épigastriques depuis 4 ans. Dilatation. Tumeur à gauche de l'ombilic.	Guérison.
310	11	LAMBOTTE. <i>Loc. cit.</i>	13 janv. 1906	Splanchnoptose généralisée. Signes nets d'ulcère.	Mort de broncho-pneumonie au 10 ^e jour.
311	12	LAMBOTTE. VEYRASSAT. <i>Revue de Chir.</i> , 1908, p. 807.	19 juin 1906	Troubles gastriques depuis 40 ans. Depuis 5 ans, douleurs et amaigrissement. Tuméfaction sous hépatique. Diag. : cancer gastrique.	Guérison.

NUMÉRO	GÉNÉRAL	NUMÉRO DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de l'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
312	13	DELORE.	<i>Soc. des Sc. med. de Lyon</i> , 3 juillet 1907. — <i>Lyon Med.</i> 3 nov. 1907, p. 447.	21 juin 1907	F 46	Souffre depuis l'âge de 16 ans de troubles gastriques. Douleurs, vomissements et tumeur à gauche de la paroi médiane.	Réséction antipylorique gastrique.	Ulçère de la face antérieure, avec biloculation nette par rétraction. Exam. histol. : lésions adénomateuses.	Guérison.		
313	14	RIEDEL.	<i>Deutsche med. Wochens.</i> , 1909, 1 et 2. Obs. 88.	5 juil. 1907	F 27	Début : 12 ans. De temps à autre, hémorragies. Amaigrissement. Tumeur dans la région ombilicale gauche. HCl libre +.	Réséction circulaire Billroth I.	Ulçère de la face postérieure, perforé dans le méso colon transverse, avec bisac vers la région du pyllore.	Guérison.		Sept. 1908. — Excellent état. Engraisissement de 35 livres.
314	15	RIEDEL.	<i>Deutsche med. Wochens.</i> , 1909, 1 et 2. Obs. 109.	13 juil. 1908	F 53	Début : 40 ans, avec hémorragies. Troubles aggravés depuis 3 semaines. Tumeur à gauche. Cachexie. Pas d'HCl libre ; acide lactique +.	Réséction circulaire Billroth I.	Ulçère de la face postérieure, perforé dans le pancréas ; bisac à petite poche cardiaque.	Guérison.		
315	16	RIEDEL.	<i>Deutsche med. Wochens.</i> , 1909, 1 et 2. Obs. 111 F.	13 août 1908	F 56	Début : 5 ans. Opérations et vomissements, se renouvelant par crises tous les ans. Douleurs sur la ligne médiane. Amaigrissement. Dilatation. Pas d'HCl libre.	Cholécysectomie. Libération des adhérences. Résection circulaire Billroth I. Tamponnement.	Ulçère de la face postérieure, avoisinant la petite courbure, avec bisac, deuxième ulcère de la face postérieure perforé dans le pancréas.	Guérison. Sécrétion abondante des premiers jours. Enlèvement de la gaze le 8 ^e j.).		
316	17	KRÜGER.	<i>Muenchener mediz. Wochenschrift</i> , T. 1 1909, p. 1305.	1909	F 55	Symptômes d'ulcère depuis l'âge de 16 ans : crampes, stomacales et douleurs après les repas. Depuis 4-5 ans, vomissements fréquents et tumeur sous l'arc costal gauche.	Réséction circulaire transversale du segment gastrique. Tamponnement.	Estomac en sablier déterminé par deux ulcères de la petite courbure, dont l'un perforé dans le pancréas.	Guérison.		

13 févr 1902. —
Vabien, sauf de temps
en temps petits ren-
vois.

Guérison.

Ulère en selle de
la petite courbure.
Estomac en bissac.

Réséction
médio-gastri-
que.

2. — Résection et Plastie.

F 43

24 janv. 1911

Observation
inédite publiée
dans le travail.

SCHMID MON-
NARD, Münch. me-
diz. Wochens-
chrift, 9 mai
1893, p. 358.

KRÜKEN-
BERG.

1

318

3 nov. 1892

33

Debut : 3 ans. Dou-
leurs, vomissements,
hématemèse il y a
9 mois ; amaigrisse-
ment depuis 6 mois.
Par la palpation et
l'insufflation, on dia-
gnostique un esto-
mac bi-oculaire,
suite d'ulcère.

Ablation de
l'ulcère. Gas-
troplastie.

Biloculation consé-
cutive à un ulcère.

Guérison.

Le 29 octobre, les
nouvelles de la ma-
lade sont excellentes.
L'appétit est vif. Le
poids a augmenté
d'environ 7 kil. mal-
gré une petite éléva-
ture de la tempéra-
ture pendant les trois
premières semaines.

8 février 1908. —
Excellent état, qui se
maintient au 2^e exa-
men (5 mois plus
tard).

Guérison.

Mort au 9^e
jour ; selles
sanguinantes ;
bilocula-
tion gastrique par
rétraction cicatri-
cielle.
Pneumonie
gangréneuse

F 34

18 juill. 1895

Depuis 17 ans, vo-
missements parfois
teintés de sang ;
depuis 4 ans, tumeur
et des crises gastri-
ques. Actuellement,
pâleur et amaigris-
sement. Tumeur dans
les régions épigastri-
que et ombilicale
gauches, se perdant
sous les fausses côtes.

Excision de
la zone ulcérée, la paroi antérieure et
tranche adhé-
rente de foie et
de rate. Gas-
troplastie de la
perte de sub-
stance. Drainage.

Excision de
la tumeur (ul-
cère calleux) et
adhérente à la paroi
abdominale. Bilocu-
lation de l'estomac.

Guérison.

320

5 nov. 1897

39

Troubles gastri-
ques avec périodes de
rémission, depuis l'a-
dolescence. Douleurs,
vomissement, amaig-
rissement, dilata-
tion, tumeur épigas-
trique.

Excision de
l'ulcère et gas-
troplastie.

Excision de la paroi
antérieure, entre la
grande et la petite
courbure ; bilocula-
tion gastrique par
rétraction cicatri-
cielle.

Guérison.

321

20 nov. 1897

56

Depuis 12 ans, trou-
bles gastriques. De-
puis 3 ans tumeur épi-
gastrique. Dilatation.
Amaigrissement. Can-
cer ? ulcère ?

Excision de
l'ulcère et gas-
troplastie.

Excision de la paroi
antérieure, entre la
grande et la petite
courbure ; bilocula-
tion gastrique par
rétraction cicatri-
cielle.

Mort au 9^e
jour ; selles
sanguinantes ;
bilocula-
tion gastrique par
rétraction cicatri-
cielle.
Pneumonie
gangréneuse

Guérison.

NUMERO	NUMERO GÉNÉRAL	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de l'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
322	5	BIER.	E. ASBECK.	1898	F 46	Troubles gastriques depuis dix ans. Tumeur à l'épigastre.	Réséction et gastroplastie.	Ulçère de la paroi antérieure. Estomac biloculaire.	Guérison.	
323	6	RIEDEL.	<i>Loc. cit.</i> (Obs. 24).	29 janv. 1899	F 35	Début à l'âge de 14 ans : Gastralgies et vomissements ; pas d'hématémèses ; double néphropexie pour rein flottant. Amélioration, puis récidive des douleurs ; vomissements ; pas de tumeur, pas de dilatation gastrique HCl libre +.	Réséction de la zone gastrique que stricturne et pyloroplastie. Drainage. (diamètre : 3/4 de cm)	Rétrécissement de la lumière gastrique, à 45 cms, du pylore ; tumeur ; péritonite. Guérison de la suture gastrique ; perforation de la suture pylorique.	Mort le 5 février. Autopsie : Péritonite. Guérison de la suture gastrique ; perforation de la suture pylorique.	
324	7	BUDINGER.	<i>Wien. klin. Wochenschrift</i> , 1904, n° 36, p. 837.	18 déc. 1899	F 38	Troubles gastriques depuis 40 ans, avec résection partielle de l'estomac. Hématémèses récurrentes. Amaigrissement. Dilatation.	Gastroplastie avec résection partielle de l'estomac.	Ulçère à fond hémorragique de la grande courbure, ayant entraîné une biloculation de l'estomac.	Mort en quelques heures.	
325	8	JABOULAY.	Thèse TISSERAND. Lyon, 1905-1906.	1 ^{er} oct. 1900	F 27	Souffre depuis l'âge de 17 ans. Diag. : ulcère ancien avec cicatrice adhérente à la paroi abdominale.	Libération des adhérences. Déchirure. Excision large de l'ulcère. Suture gastroplastique.	Ulçère antérieur, adhérent à la paroi abdominale. Biloculation de l'estomac. (Examen hist. : ulcère gastroplastique).	Guérison.	Trois ans après, mort par affection pulmonaire.

3. — Résection et Gastroentérostomie.

326	1	RIEDEL.	<i>Loc. cit.</i> (Obs. 17).	8 janv. 1898	F 42	Souffre depuis de longues années ; vomissements, douleurs à gauche du ventre. Cachexie. Clapotage gastrique.	Réséction transversale. Fermeture du segment pylorique ; gastroentérostomie sur le segment cardiaque. En-	Ulçère de la petite courbure, en fer à cheval, avec adhérences au foye et au chile purpurique ; gastropancréas. Estomac en sablier.	Mort à la fin de l'opération. Bronchite purulente double.	
-----	---	---------	-----------------------------	--------------	------	--	---	---	---	--

327	2	BUDINGER.	<i>Wiener klin. Wochenschrift</i> , 1904, p. 841 (Obs. 2).	13 fév. 1899	F 149	Depuis très longtemps, troubles gastriques : vomissements, hémalémèses melena. Diag. : estomac biloculaire.	Réséction du pylore. Fermeture des moignons. G. E. postérieure.	Sténose du pylore. Estomac en sablier.	Guérison.	
328	3	GERSUNY.	Société d'obs-tétrique et de gynécologie de Vienne. <i>Wiener klin. Wochenschrift</i> , n° 30, 1900	13 fév. 1900	F 38	Vomissements et douleurs gastriques depuis 43 ans. 1 ^{re} laparotomie en 1896 : ablation des ovaires. Continuation des troubles. 2 ^e laparotomie, le 21 nov. 1899 : rupture d'adhérences pelviennes ; redressement de l'utérus retourné ; G. E. avec drain dans l'austomose jéjunale pour ulcère calleux. Amélioration pendant un mois seulement.	3 ^e laparotomie. Réséction large de l'ulcère de l'estomac, adhérent à la paroi abdominale antérieure. Formation d'un estomac biloculaire.	Ulcère calleux de la paroi antérieure de l'estomac, adhérent à la paroi abdominale antérieure. Formation d'un estomac biloculaire.	Guérison.	22 mars 1900. — La malade est maintenant au régime ordinaire ; elle a engraisé. Vives douleurs encore dans l'hypogastre (HINS-CHELD. <i>Mittel. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.</i> 1900, p. 462).
329	4	REGLIS.	BOISNARD, thèse Paris, 1903.	1900			Gastrectomie annulaire G. E.	Ulcère en évolution. avec estomac biloculaire.	Guérison.	
330	5	LUNNITZER.	<i>Orvosi Hetil. Budapest</i> , 1903, N° 5 (D'après VEYRASSAT. <i>Rev. de Chir.</i> 1908).		F 32		Réséction partielle de l'estomac. G. E. rétrocolique et pyloroplastie.	Estomac en sablier, sténose du pylore.	Guérison.	
331	6	Clinique de Hofmeister.	<i>Beitrag z. klin. Chir.</i> T. 59, 1908, p. 633. V. aussi : FLAMMER. <i>Beitrag</i> . T. 52, fasc. 3.	Oct. 1904	F 39	Troubles gastriques depuis l'enfance. Fortes douleurs, nombreux vomissements.	Réséction transversale du segment de l'estomac et sténose pylorique. Attonac et G. E. post.	Sténose en sablier de la région moyenne de l'estomac et sténose pylorique. A l'examen : ulcère de la petite courbure.	Guérison.	
332	7	GOULLIQUOUD.	<i>Lyon Médical</i> , 15 mars 1908, N° 41, p. 605.	29 juin 1907	F 20	Troubles gastriques depuis 7 ans. Vomissements, hémalémèses. A mal-sténose médiogressivement. Symptômes aggravés depuis un an.	Réséction de la poche pylorique avec la mat-sténose médiogressivement. Symptômes aggravés depuis un an.	Estomac biloculaire à petite poche pylorique.	Guérison.	18 févr. 1908. — Etat excellent.

NUMÉRO	GÉNÉRAL	DE LA SÉRIE	OPÉRATEUR	RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	DATE de L'OPÉRATION	SEXE AGE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	MÉTHODE OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	SUITES TARDIVES
333	8		DELORE.	DELORE et ALA-MARTINE. <i>Revue de Chir.</i> , mars 1909, p. 491. Obs. 3.	11 sept. 1908	H 50	Troubles gastriques depuis 12 ou 15 ans. Douleurs, vomissements rares, mélæna. Rétention. Amaigrissement. Diag.: ulc. juxta-pylorique avec sténose.	1 ^{re} intervention : G. E. post. trans-mésocolique (Résection de l'écaille par hématémèse au bout de 43 j.). 2 ^e interv.: Pyloro-gastrect.	Ulçère calleux pré-pylorique pénétrant dans le foie avec biloculation prépylorique.	Mort de broncho-pneumonie au bout de 7 jours.	
334	1		ZWIDLER.	<i>Bohlois. Gasette</i> , 1899, N° 4.	1898	F 33	Symptômes d'ulcère depuis 5 ans. Douleurs, vomissements, hématemèses. Tumeur de la région épigastrique.	Excision et suture. Gastro-anastomose.	Ulçère de la petite courbure, adhérent au foie, avec biloculation cicatricielle.	Guérison.	
335	2		BAKES.	<i>Archiv f. klin. Chir.</i> T. 76. 1903.	21 oct. 1899	F 34	Début : 7 ans par douleurs, pesanteur, vomissements. Forte dilatation. Réact. des matières vomies acide, mais pas d'HCl libre.	Réséction de la zone rétro-cœ et gastro-gastrostomie.	Estomac adhérent à la face inférieure du foie ; rétrécissement en sablier par ulcère ancien.	Guérison.	
336	3		ADLER-CRENTZ.	<i>Hygiea</i> , 1900, N° 9.	1900	?		Réséction elliptique de la paroi ant. de l'estomac et de la paroi abdominale. Gastro-anastomose.	Ulçère perforant de la paroi antérieure de la portion pylorique avec infiltration du muscle droit. Estomac en sablier.	Guérison.	
337	4		JEDLIČKA.	<i>Jedlicka. Loc. cit.</i> , Obs. 19.	17 janv. 1904	F 40	Déb. : 45 a. Troubles gastr., guéris 4 sem. plus tard. Il y a 6 m. doul. coliques avec vomis. fréq. Pas d'hémorragie. Amaigr. prononcé. Après insufflation, l'estomac biloculaire visible sous la paroi	Pylorotomie, d'après la méth. Billroth I et gastro-gastrostomie avec communication large.	Ulçère de la petite courbure, avec rétraction cicatricielle (épéron obturant la lumière gastrique). Ulcère du pylore avec sténose inflammatoire.	Guérison.	Nouvelles du 23 juin — Santé parfaite. Augmentation de 16 ^{kg} 1/2. Même état, le 4 juillet.

4. — Résection et gastro-anastomose

OBSERVATIONS

Les cinq observations inédites qui suivent, ont été puisées, avec l'autorisation de M. le Professeur Hatmann, dans la riche collection documentaire du chirurgien de Bichat. Nous tenons à renouveler ici à notre maître, nos remerciements pour l'avoir mise si obligeamment à notre disposition.

Observation I

Ulcère du pylore, avec ulcères multiples de l'estomac. — Pylorectomie.

Femme E. D..., 36 ans, entrée le 17 mars 1902, salle Lailler, N° 23.

Il y a 8 ans, à la suite de chagrins, elle commença à vomir puis à éprouver des douleurs gastriques. Elle avait conservé bon appétit. Aussitôt après le repas, elle ressentait de la pesanteur stomacale et une forte envie de dormir. Elle se couchait alors, puis se réveillait trois ou quatre heures après, avec de fortes douleurs, localisées à la région épigastrique et semblables à des crampes. Pas d'irradiation dans le dos. Puis elle vomissait et la douleur se calmait. Parfois, elle ne ressentait cependant aucune gêne à son réveil. La moindre contrariété ramenait les crises. Bientôt les digestions se firent plus difficiles et elle dut se soumettre à un régime lacto-végétarien presque absolu. Elle était constipée ; les selles renfermaient des glaires et des membranes et étaient sableuses. Elle ne vomit jamais de sang, mais elle a eu des selles noires, qui coïncidaient presque toujours avec une crise gastrique particulièrement douloureuse. Il y a six mois, elle eut, pour la première fois,

un vomissement renfermant des aliments de la veille. Ces vomissements tardifs se sont renouvelés ; ils renferment parfois des débris d'aliments ingérés 5 jours auparavant.

Actuellement, l'appétit est encore conservé, mais le poids n'atteint que 40 kgs (amaigrissement d'au moins 20 kgs). La malade a des renvois aigres, fades, lui brûlant la gorge et donnant mauvais goût à la bouche. Il y a de la flatulence après les repas et des éructations durant environ un quart d'heure. Les douleurs surviennent 5, 6, 7 heures après les repas, et la malade se passe de manger le soir, parce qu'elle souffre à ce moment. Les vomissements sont abondants, purement alimentaires et ne renferment jamais de sang.

Le cathétérisme de l'estomac, après 15 heures de jeûne, permet d'extraire 300 grammes d'un liquide clair, verdâtre, ressemblant à du petit lait. On a pratiqué l'insufflation : pendant cette exploration, le ventre qui est aplati, mou, collé contre la colonne, se laisse distendre, et dans la région sus et sous-ombilicale se soulève en une série de tuméfactions irrégulières, séparées par des sillons. Ces tuméfactions sont du reste changeantes et se mobilisent lentement, comme des vagues. La malade a une série d'éructations qui empêche la limitation de l'estomac.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 6 ans. Réglée à l'âge de 16 ans, règles régulières et non douloureuses. Pas de pertes blanches. A 26 ans, elle a accouché d'un enfant vivant. Au cours de sa grossesse, elle a continuellement vomi. Quatre ans plus tard, au cours de ses troubles digestifs, un médecin, en examinant ses organes génitaux, trouva une ulcération et lui fit des cautérisations pendant six mois.

Opération, le 21 mars 1902 (Prof^r Hartmann). — Anesthésie chloroformique. — Arrêt inspiratoire avant le premier coup de bistouri. Respiration artificielle. Incision sus-ombilicale. L'estomac apparaît dilaté avec des grosses veines bleues au voisinage des courbure. On amène le pylore dans la plaie. Il paraît comme serré avec une ficelle, avec une cicatrice déprimée. On pense se trouver en présence d'un ulcère, quand en palpant la région pylorique, on constate qu'il existe une zone épaissie, s'étendant assez

loin sur l'estomac, particulièrement du côté de la petite courbure, ne s'étendant pas vers le duodénum ; que, de plus, près du cardia, existe un groupe de ganglions durs et augmentés de volume, qu'il en existe d'autres au-dessous de la grande courbure, près du pylore. Peut-être s'agit-il d'une greffe de cancer, et on se décide à l'ablation. Celle-ci est faite rapidement. Section et ligature des artères. Implantation duodénale. Drain.

22 mars. — Temp. du matin : 38°. Temp. du soir : 38°2. Vomissements de quelques gorgées de sang. La malade urine seule. Injection hypodermique de 1,500 gr. de sérum et de caféine.

23 mars. — Temp. du matin : 37°8. Temp. du soir : 38°5. On donne un demi-litre de lait, coupé d'eau de Vichy.

24 mars. — Drain plus petit. 500 gr. de sérum artificiel. Temp. du matin 38°. Temp. du soir : 38°2.

La température redevient normale les jours suivants. On raccourcit le drain, le 27, et on l'enlève complètement, ainsi que les fils, le 31.

Départ de la malade, le 15 avril.

Examen de la pièce. — Vu par la face antérieure, l'estomac présente au niveau de la région pylorique, surtout marqué sur le bord supérieur, un étranglement ressemblant à une stricture par une ficelle. En arrière du pylore, au-dessus de lui et dans une étendue de 4 cm., en allant vers la gauche, une série de ganglions durs, atteignant le volume d'un gros pois. Le long de la petite courbure, au niveau du pylore, il n'y a pas de ganglions, mais on en trouve sous forme de chaîne le long de la coronaire stomachique, près du cardia.

Pas d'apparence extérieure de tumeur, mais épaissement dans une zone très étendue au palper.

Estomac ouvert. — Sur la ligne médiane antérieure, immédiatement au niveau du pylore, on constate, juste au niveau du bord supérieur de ce pylore, un ulcère de la dimension d'une très grosse lentille, à bords très nettement découpés, à fond creusant toutes les tuniques de l'estomac. Le fond de cet ulcère est comblé par un épaissement graisseux du méso.

Partant du pylore et s'étendant très loin vers l'estomac, surtout

le long de la petite courbure, on trouve une surface mal limitée. Cette plaque, au voisinage de la région pylorique, est épaissie, blanchâtre, d'apparence œdémateuse.

On y remarque une série d'ulcérations, les unes entraînant simplement la muqueuse, les autres ressemblant presque à un coup de curette. Leur fond est lisse. Au niveau de la section qui porte sur l'estomac, la couche blanche, d'apparence œdémateuse, d'épaississement, cesse. Les tissus reprennent une épaisseur normale, mais on remarque encore dans la muqueuse de petites ulcérations, plus petites, comme dimension, que les autres, mais présentant les mêmes caractères.

Suites éloignées. — 23 *mai* 1902. — Poids : 50 k. 500 (augmentation de 10 k. 500 en 2 mois).

12 *juillet* 1902. — Poids : 54 k. 500.

5 *octobre* 1902. — Poids : 59 kgs.

22 *mars* 1905. — Va très bien. Poids : 63 k. 500.

15 *novembre* 1912. — La malade commence à éprouver en septembre 1906 des troubles mentaux (délire de persécution), qui décidèrent son admission à l'Asile de Villejuif un an après (sept. 1907) ; elle est transférée quatre ans plus tard (sept. 1911), à l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente). D'après sa sœur, durant toute cette période, elle n'aurait jamais souffert de l'estomac et avait même engraisé. Le médecin-adjoint de l'asile de Breuty, à une demande de renseignements, a bien voulu nous répondre en ces termes : « La malade, depuis son opération, se déclare absolument guérie de ses troubles gastriques. Les douleurs ont totalement disparu ; l'appétit est bon, les digestions, parfaites en général, ne s'accompagnent jamais de phénomènes douloureux, ni de sensation de brûlure ou pesanteur gastriques. Selles quotidiennes normales. Langue normale. Jamais de pituites. Parfois, *mais très rarement*, la digestion est un peu plus pénible et il se produit quelques vomissements peu abondants ; mais la malade les attribue à l'ingestion préalable d'aliments quelque peu indigestes. — Les autres fonctions sont normales. Les règles ont été régulières jusqu'en 1911 ; depuis elles sont irrégulières, mais la malade à 49 ans.

Son poids est actuellement de 62 kgs. »

Observation II

Ulcère calleux en selle de la petite courbure. — Gastrectomie partielle.

L..., 47 ans, plombier. Entré le 29 octobre 1907, salle Civiale, lit N° 32.

Le malade est envoyé par le D^r Parmentier, dans le service duquel il était entré le 21 octobre. Il a commencé à souffrir de l'estomac, il y a une quinzaine d'années.

Au début, c'était, plutôt que de la douleur, une sensation de malaise gastrique, avec pesanteur, apparaissant 3 heures après les repas et durant 2 heures environ.

Le sujet avait quelques rares pituites et des renvois par la bouche, d'un goût aigre. A ce moment là, ni vomissements, ni hématemèses. L'appétit restait bon et le malade allait à la selle régulièrement.

Un médecin consulté prescrivit un régime alimentaire léger ; le malade prit du lait et, pendant cinq ans, c'est-à-dire jusqu'en 1898, les troubles cessèrent. Puis se trouvant en bonne santé, il abandonna son régime, et six mois après, environ, c'est-à-dire vers 1899, les troubles gastriques revinrent.

Le malade recommença à éprouver la sensation de la pesanteur d'autrefois, 3 heures après les repas, puis une douleur assez nettement localisée au creux épigastrique, sans irradiation ; toutefois, pas de vomissements ni de melæna ; mais il y avait encore des renvois aigres et des pituites. Cet état persista et s'aggrava, avec quelques intervalles de mieux, très courts d'ailleurs, un jour ou deux, jusqu'à il y a 6 mois.

Le malade alla consulter alors le D^r Parmentier, qui pratiqua deux lavages d'estomac et fit un examen du chimisme stomacal. Un régime composé d'œufs, de lait et de purées, amena une amélioration notable pendant deux mois. Depuis 4 mois, la douleur, toujours localisée à l'épigastre, est devenue très violente. Elle se produit trois heures après le repas, et dure 1 à 2 heures. Elle est

calmée par l'ingestion des aliments. L'appétit est resté bon, les selles sont régulières.

L'examen du chimisme, pratiqué le 7 octobre 1907, donne les renseignements suivants :

		STASE A JEUN	60' APRÈS UN REPAS D'ÉPREUVE
Acidité totale.....	A	2,70	1,06
Hcl libre.....	H	0	0,45
Hcl organique.....	C	0,65	1,82
Chlorhydrie.....	H + C	0,65	1,97
Chlore total.....	T	4,23	3,65
Chlore minéral.....	F	3,58	1,68
Coefficient de peptonisation... $\alpha = \frac{A-H}{C}$		0,41	0,82
Rapport... $\frac{T}{F}$		1,18	2,23

Quantité : 90 cc. liquide jaune, 29 cc. liquide légèrement verdâtre
bilieux sans résidu alimentaire. fluide, odeur aigrelette.

Depuis huit jours, la douleur épigastrique est devenue plus intense. Elle apparaît d'ailleurs plus vite après les repas (1/4 d'heure à une 1/2 heure) et devient intense au bout de 1 à 2 heures. Elle oblige le malade à se coucher en avant. Des compresses d'eau chaude sur la région épigastrique diminuent les douleurs. Le malade ressent tantôt une sensation continue de brûlure, tantôt un tiraillement violent dans l'estomac. La douleur s'irradie dans le dos, entre les deux omoplates ; dans certains accès particulièrement violents, elle a parfois le caractère perforant.

Actuellement, le malade a un ou deux renvois par jour, moins acides depuis qu'il ne prend que du lait, c'est-à-dire depuis trois semaines ; quelques rares pituites à goût aigre.

Pas de vomissements ; pas de méléna. Il n'éprouve de dégoût pour aucun aliment et mangerait de la viande avec plaisir. Il est constipé en ce moment.

Le malade a maigri. En juin 1907, il pesait 63 kgs ; au début d'octobre, 59 kgs ; actuellement 53 k. 500.

Les antécédents personnels et collatéraux n'offrent rien de particulier.

Examen. — Aucune saillie anormale à l'inspection ; pas d'ondes péristaltiques.

À la palpation, on ne sent pas de tumeur, pas de bruit de succussion et de clapotement. Pas de point particulièrement douloureux.

À la *pression*, sonorité gastrique normale.

Le 5 novembre, après avoir donné au malade, la veille, à 6 heures du soir, un bouillon et des carottes, on extrait de l'estomac 100 cmc. d'un liquide jaune visqueux, d'odeur nulle, contenant quelques débris alimentaires non digérés de carottes, mais en très petite quantité. La réaction est acide au tournesol.

Opération, le 6 novembre 1907 (Opérateur : Prof^r Hartmann). — Incision sus-ombilicale para-médiane droite. Le pylore est sain ; un peu à gauche de lui, on trouve, dans la petite courbure, une partie indurée, fortement vascularisée, avec ganglions le long de la petite courbure. L'induration occupe les deux faces, en selle, et semble correspondre à un ulcère calleux. Excision de celui-ci. Suture. Ligature des vaisseaux, le long de la petite courbure, après effondrement de l'épiploon gastro-hépatique. La grande courbure est laissée indemne. Pour éviter la formation d'un bissac, après réunion, nous faisons une incision curviligne presque parallèle à la grande courbure. Réunion sans drainage.

L'examen de la pièce montre un ulcère à fond plat, à bords nettement découpés, avec muqueuse saine autour.

Suites opératoires. — 7 novembre, Temp. : 38° le matin, 38°2 le soir.

8 novembre, Temp. : 39°4 le matin, 38°6 le soir.

Retour à la température normale les jours suivants.

Ablation des fils, le 23 novembre. Départ de l'hôpital, le 27.

Suites éloignées. — Le malade se porta bien pendant un an, puis commença à avoir de la diarrhée avec coliques. Le bismuth arrêta cette diarrhée ; l'amélioration persista, grâce à un régime (purées, lait, etc.), mais le sujet conserva un peu de sensibilité dans le côté droit du ventre, surtout 2 heures après avoir mangé. Il a cependant toujours travaillé.

En mai 1911, nouveau séjour à Saint-Antoine, dans le service

du D^r Mathieu, pour diarrhée chronique, malgré un régime trimental suivi.

L'examen des selles, pratiqué par le D^r Griffon, montra une selle d'insuffisance de digestion des hydrates de carbone, avec forte fermentation. Le régime de Schmidt, comprenant un peu de viande, arrêta cette diarrhée, qui ne reparut plus avec le régime mixte.

La radioscopie, pratiquée à Saint-Antoine, donna les renseignements suivants :

8 mai. — Estomac très volumineux, descendant à 6 travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. Il est très large et complètement rétréci à gauche de la ligne médiane ; sa forme est régulièrement cylindrique. A deux examens successifs, on ne vit pas passer dans l'intestin la moindre trace de bismuth.

10 mai. — Même résultat.

12 mai 1911. — Après l'ingestion de bismuth, dès la veille, on voit la partie inférieure du sac virtuel qui représente l'estomac, contenant encore du bismuth dans une hauteur de 4 travers de doigt et dans une longueur égale. On constate d'ailleurs que ce cul-de-sac stomacal, encadré par le côlon transverse rempli de bismuth, est parfaitement mobile par rapport au gros intestin.

16 novembre 1912. — Le sujet, âgé maintenant de 52 ans, a bonne apparence. Il est assez vigoureux pour se livrer sans peine et régulièrement à son métier de plombier. Il fait trois repas par jour, avec appétit, mais suit un régime composé principalement de purées, de farines et de pâtes à l'eau ; il tolère relativement bien la viande (poulet, côtelette de mouton rôtis), le poisson cuit à l'eau, mais doit éviter le lait et les œufs qui lui donnent la diarrhée (2 à 3 selles par jour, liquides et jaunâtres, renfermant parfois des glaires). Cette diarrhée s'arrête du reste très vite, après ingestion d'une cuillerée à café de bismuth avant le repas.

Il ressent encore une certaine douleur dans le côté droit, principalement dans la fosse iliaque, surtout aux périodes de diarrhée. Rarement, il éprouve du ballonnement après le repas et des renvois acides. La cicatrice est solide et souple. Nulle part on ne réveille de douleur à la pression de l'abdomen. Il y a cependant du

clapotage gastrique, s'arrêtant à un travers de main au-dessous de l'ombilic. Les fonctions, autres que la digestion, sont normales.

Le malade pèse actuellement 60 kgs et a repris ainsi le poids qu'il avait atteint un an après l'opération et qu'il avait perdu en partie depuis sa diarrhée (55 kgs).

Observation III

Ulcère de la petite courbure juxta-pylorique. — Stase. — Hématémèses abondantes. — Gastrectomie avec implantation du bout pylorique (bouton).

J..., 51 ans, ménagère. Entrée le 4 mai 1909, salle Chassaing, lit N° 31.

La malade entre à l'hôpital pour douleurs épigastriques. Elle a commencé à se plaindre de l'estomac, il y a une dizaine d'années. Après les repas, son ventre devenait ballonné, elle éprouvait une pesanteur épigastrique désagréable et elle avait fréquemment des renvois aigres, acides, allant quelquefois jusqu'à l'évacuation de plusieurs gorgées d'un liquide jaunâtre comme de la bile. C'est il y a quatre ans, qu'elle fut prise pour la première fois de véritables crises douloureuses dans l'épigastre et dans le dos, surtout exagérées 2 ou 3 heures après les repas. Elles se terminaient assez souvent par des vomissements alimentaires, qui soulageaient énormément la malade. Ces crises forcèrent alors la malade à s'aliter. Le médecin, consulté, lui fit prendre des cachets, la mit au régime lacté et, après trois semaines environ, la malade, soulagée, put reprendre progressivement son travail et son état général s'améliora. Depuis lors, elle n'a cessé de boire du lait et, lorsqu'elle a voulu s'écarter un peu de son régime alimentaire, elle a éprouvé de nouvelles douleurs et a eu encore quelques vomissements.

En décembre 1907, nouvelle période de crises douloureuses, analogue à la première, qui dura près de deux mois ; puis accalmie jusqu'en février 1909. Il y a 3 mois, enfin, ont réapparu des douleurs en broche, très vives, persistant avec plus ou moins d'intensité toute la journée, mais présentant des paroxysmes après les

repas. Les vomissements, qui soulagent la douleur, ne se produisent pas régulièrement après chaque repas : la malade passe facilement 3 ou 4 jours sans vomir. Ces vomissements contiennent les aliments absorbés au repas précédent, jamais ceux des jours précédents ; ils n'ont jamais été noirs ou couleur marc de café. La malade dit avoir vomi, il y a 3 semaines, du sang rouge, à 3 reprises, séparées entre elles par 2-3 jours d'intervalle.

La première de ces hématomèses fut la plus abondante, atteignant, dit la malade, la valeur de 2 verres de sang.

Enfin, parfois, à intervalles et à des heures très irréguliers, la malade rend des eaux glaireuses, jaunâtres, d'odeur aigrelette, comme du vinaigre. Depuis un mois, elle boit du lait et ne prend que trois œufs par jour, en même temps que la poudre et les pilules ordonnées par son médecin. Elle maigrit et perd ses forces. Elle n'a pas vomi depuis huit jours. Habituellement constipée, elle a de la diarrhée depuis trois jours. Mais les douleurs n'ont fait que s'exagérer, et la malade entre à l'hôpital le 4 mai 1909.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 65 ans, de paralysie. Père mort à 82 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. 6 enfants, dont 4 vivants et bien portants. Ménopause à 49 ans. Cicatrice d'abcès ganglionnaires, dans la région sous-maxillaire droite, à l'âge de 10 ans. Pas d'éthylisme.

Examen le 5 mai 1909. — A l'inspection, l'abdomen est flasque, aplati, amaigri, plutôt excavé. La peau est flasque et plissée, surtout au-dessous de l'ombilic. Les muscles grands droits dessinent sous la peau une saillie longitudinale assez marquée, et la paroi est soulevée, surtout au-dessus de l'ombilic et à droite de la ligne médiane, par des battements rythmiques, isochrones à ceux du poulx. Pas de contractions péristaltiques visibles. La palpation est très douloureuse tout autour de l'ombilic, mais surtout entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Elle éveille une défense musculaire si marquée, qu'il est impossible de rechercher le clapotage ou l'existence d'une induration profonde. La percussion révèle un élargissement de la sonorité stomacale, remontant en haut, jusqu'à la 5^e côte et débordant latéralement la ligne mamelonnaire, d'un travers de doigt ; en bas, elle est difficile à limiter.

Le foie et la rate paraissent normaux.

Signes généraux. — Pas de fièvre. Amaigrissement très marqué, progressif depuis 3 mois. Urines pâles, troubles, sans albumine, ni sucre.

La malade se nourrit exclusivement de lait.

7 mai, soir. — 2 à 3 heures après le repas, la malade vomit environ un demi-litre d'un liquide trouble, blanc rougeâtre, où l'on reconnaît des débris de lait caillé.

8 mai. — Nouveaux vomissements analogues à ceux de la veille.

9 mai. — Repas aux carottes, le soir. 2 ou 3 heures après, la patiente vomit environ un litre de liquide rougeâtre, dans lequel baignent des débris de carotte non transformés.

10 mai. — Le tubage, le matin à jeun, ramène 1 à 2 verres d'un liquide blanc jaunâtre, un peu trouble, mais sans débris alimentaires appréciables.

Repas d'épreuve immédiatement après tubage et lavage. Le tubage évacuateur, très douloureux, donne issue à un liquide hémorrhagique rouge foncé. On retire la sonde. Glace. Repos. Injections hypodermiques de sérum artificiel.

12 mai. — Pendant la nuit, rejet d'un ou deux verres d'un liquide trouble, d'odeur aigrelette, à réaction alcaline.

13 mai. — *Idem.*

Opération, le 14 mai 1909 (Prof^r Hartmann). — Incision sus-ombilicale. On amène l'estomac. Induration diffuse, en selle, d'une certaine étendue de la petite courbure, allant assez près du pylore (à 2 cm. 1/2). Epaississements adipeux ; quelques ganglions à ce niveau.

En arrière, adhérences au pancréas. Ces adhérences peuvent être séparées au bistouri, après effondrement du petit épiploon. Résection de la portion malade. Comme il est impossible de réunir bout à bout, nous refermons la section gastrique après y avoir jeté la moitié d'un bouton de Murphy. Dans la petite portion d'estomac, qui reste, après avoir dilaté le pylore, nous plaçons la deuxième moitié du bouton et l'articulons avec la moitié intra-stomacale, après avoir perforé à son niveau l'estomac. Drain.

Un peu de liquide a coulé dans le ventre au cours de l'opération.

Suites opératoires. — 15 mai. — Temp. : le matin, 39°8. P. : 170. Temp. : le soir, 40°6.

16 mai. — Temp. : le matin, 39°4. P. : 170. Temp. : le soir, 39°6. Gaze ; piqûres de strychnine.

17 mai. — Temp. : le matin, 40°6. P. : 160. Temp. : le soir, 39°8. Langue sèche.

18 mai. — Temp. : 40°6.

Mort. — Des accidents de pneumonie, du côté droit, en sont la cause et expliquent la température élevée en plateau des jours précédents. Pas de signes de péritonite, ni de circulus vitiosus. Autopsie refusée.

Observation IV

Ulcère de la petite courbure. — Résection méso-gastrique. — Gastro-gastrostomie.

Femme Th..., 48 ans, sans profession. Entrée le 25 octobre 1910, à Bichat.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans le creux épigastrique et des vomissements.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection actuelle remonte à 6 mois. Mais depuis l'âge de 15 ans, jusqu'à ces six derniers mois, la malade était très fréquemment prise de douleurs, comparables à des crampes, siégeant au creux épigastrique, sans irradiation, s'accompagnant de sensations d'étouffement ou de brûlure. Ces douleurs apparaissaient une heure ou deux après le repas (déjeuner ou dîner), duraient une heure ou deux. De temps à autre, la malade vomissait. Le vomissement survenait une heure, une heure 1/2 ou deux, jamais plus tôt, après le repas, succédant à des crampes douloureuses, lorsque celles-ci étaient trop fortes. Ces vomissements alimentaires et verdâtres, calmaient aussitôt la douleur. Dans les périodes de crises, la malade avait aussi des renvois aigres, des regurgitations d'un liquide aqueux, amer, de la valeur d'un verre. Elle n'avait pas d'appétit au moment des crises et se forçait à manger.

Ces phénomènes se répétaient pendant une huitaine de jours, puis la malade allait bien pendant 1, 2, 3 mois, n'ayant ni douleurs, ni vomissements, mangeant de bon appétit.

Elle est constipée habituellement. Jamais elle n'a eu d'hématémèses ou de melæna. Les crises s'étaient espacées. Après la dernière, la malade, pendant une année, ne présenta absolument aucun trouble gastrique.

Il y a 6 mois, à Pâques dernier, après une journée de fatigue, la malade fut reprise, en pleine santé, de douleurs, comparables à des crampes, dans le creux épigastrique. Ces douleurs furent suivies, dans la soirée, de vomissements verdâtres, abondants. Le lendemain, la malade essaya de manger, mais une demi-heure environ après le repas, elle vomit tout ce qu'elle avait pris. Depuis ce moment, tous les jours, depuis 6 mois, la malade vomit tout ce qu'elle veut prendre, une heure environ après chaque repas.

Au début, les douleurs survenant après chaque repas, étaient suivies de vomissements qui calmaient la douleur, et la malade avait quelques heures de repos. Depuis 3 mois, les douleurs sont presque continuelles, se prolongent dans la nuit, empêchant le malade de dormir. Elles siègent au creux épigastrique, irradiant vers le sein gauche, et, d'autre part, la malade se plaint de douleurs à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic (1 à 2 travers de doigt). La malade a la sensation de brûlure de fer rouge. Elle n'a pas d'appétit. Pas d'hématémèses, pas de vomissements brunâtres. Pas de melæna. La malade, toujours constipée, a maigri de 22 livres depuis 6 mois.

Antécédents. — Pas d'autres troubles gastriques ou intestinaux.

Règles. — Au début de ses règles, la malade voyait irrégulièrement tous les 3-4 mois. Il y a 15 ans, elle a accouché d'une fille. Depuis, les règles sont régulières, abondantes, durant 6-7 jours. Elle a eu deux fausses couches. Depuis 4 mois (juin), la malade n'a pas vu ses règles.

A noter une crise de rhumatisme articulaire, il y a 6 ans, ayant tenu la malade 6 mois au lit. Depuis, quelques crises passagères.

Examen actuel. — Malade pâle. Ventre à parois flasques, couvert de vergetures, se laissant déprimer très profondément. On sent, à

la palpation, très profondément au-dessous de l'ombilic, et à gauche, une masse mal limitée, oblique en haut et à gauche, vers le rebord costal, répondant aux organes profonds, soulevée très fortement par les battements de l'aorte.

La pression révèle deux points douloureux, l'un sous l'appendice xyphoïde, l'autre un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic. Rien à la percussion.

La grande courbure de l'estomac, sans insufflation, ne semble pas dépasser l'ombilic au niveau de la ligne médiane. A gauche, elle est au-dessous de la ligne horizontale passant par l'ombilic.

Le foie ne déborde pas le rebord costal. Les deux reins sont mobiles. Pas de ganglions.

Au sommet droit du poumon, diminution du murmure vésiculaire.

26 octobre 1910. — L'examen du liquide gastrique provenant d'un repas d'Ewald, révéla, au point de vue qualitatif, la présence d'Hcl libre et d'acide lactique, ainsi que la présence faible de sang.

La recherche quantitative montre :

		SUC NORMAL	SUC EXAMINÉ
Acidité totale.....	A	1,90	2,51
Chlore total.....	T	3,21	2,41
Chlore combiné.....	B	2,73	1,63
Hcl libre.....	H	0,44	0,78
Chlore minéral.....	F	1,27	0,47
Chlore organique.....	C	1,70	1,16
Chlohydrie.....	H + C	2,14	1,94
Rapport.....	$\frac{T}{F}$	3,	4,8
Coefficient de peptonisation.....	$\alpha = \frac{A-H}{C}$	0,86	1,4

L'examen des urines ne montre rien d'anormal, sauf une notable diminution des chlorures.

Opération, le 4 novembre 1910 (Prof^r agrégé Lecène). — Résection partielle de l'estomac. Résection méso-gastrique, après libération d'une adhérence pancréatique. Gastro-gastrostomie terminale. Double rangée de sutures en surjet. Petit drain. Fermeture de la paroi en un plan.

L'examen de la pièce montre un gros ulcère rond, pénétrant,

situé sur la petite courbure, et un petit ulcère symétrique de la grande courbure.

Suites opératoires. — 5 novembre : matin, Temp. : 37°8. Soir, Temp. : 38° P. 90.

A partir du 7 novembre, la malade a pu commencer à s'alimenter. D'abord, elle ne mange que du bouillon avec un jaune d'œuf, qui fut bien toléré. Dans la suite, les repas furent plus abondants : purée de pommes de terre, poulet, fruits. Ces repas n'ont amené aucun vomissement. Les digestions sont un peu difficiles. Pendant 20 minutes après l'absorption des aliments, la malade sent une certaine douleur sourde dans le côté gauche. Pyrosis. Constipation continuelle, opiniâtre.

La malade reconmence à recouvrer ses forces. Depuis 6 mois, elle ne remuait qu'avec difficulté et en souffrant énormément. La malade augmente de poids. Elle avait perdu 38 livres pendant les 6 mois précédant l'opération. Elle pesait, le 5 novembre, 45 k. 500. La malade quitte l'hôpital le 21 novembre.

15 janvier 1911. — Poids : 53 k. 500.

11 novembre 1911. — Poids : 58 k. 500. Digère tout, va très bien.

9 février 1912. — Poids : 59 k. 500. Va très bien. 4 repas par jour ; digestions normales. Constipation.

15 novembre 1912. — Excellente apparence. Retour complet des forces. Fait 3 repas par jour et goûte à 4 heures. Ne suit aucun régime spécial et digère tous les aliments, même la choucroute. N'éprouve jamais de douleurs, même quand elle a trop mangé. Boit peu aux repas (un verre de liquide) et rien dans l'intervalle.

Toujours constipée, ne va à la selle qu'après avoir pris des tisanes laxatives, des lavements, mais a toujours été ainsi, même dans sa jeunesse. Depuis l'opération, elle est admirablement réglée, bien qu'approchant de 50 ans. — Autres fonctions organiques bonnes, sauf un peu de nervosisme (quelques céphalées, bouffées de chaleur, etc.).

L'examen de l'abdomen ne montre absolument rien d'anormal. La cicatrice est solide et souple.

La malade se déclare enchantée de l'intervention, et pèse actuellement 60 k. 300.

Observation V

Ulcère en selle de la petite courbure. — Estomac en bissac. — Résection médio-gastrique.

Femme Ch..., 43 ans. Entrée le 12 janvier 1911 à Bichat, pour des douleurs d'estomac.

Histoire de la maladie. — Le début des troubles remonte à l'âge de 24 ans. A cette époque, la malade, jusque-là bien portante, était en train de travailler, lorsqu'elle fut prise soudainement de brûlures au niveau de l'estomac et vomit du sang à trois reprises (à 9 heures du matin, midi, puis le soir). Le sang était noir, en caillots, abondant. La malade s'alita pendant 2 mois, très faible, ne reconnaissant pas les personnes qui venaient la voir. Elle se plaignait de maux de tête, ne prenait comme nourriture que du bouillon, et comme elle était très constipée, du séné. Elle n'a pas fait attention à ses selles. Elle fut encore 4 mois sans pouvoir travailler, si bien qu'elle ne se remit au travail que 6 mois après le début des accidents.

Pendant deux ans ensuite, la malade alla bien, n'ayant que de temps à autre de légers troubles digestifs (renvois, ballonnement du ventre après les repas). Elle n'avait pas de douleurs et mangeait de tout, étant domestique, mais surtout des œufs, du lait et peu de viande.

Au bout de deux ans, la malade commença à avoir des crampes d'estomac. Ces crampes survenaient une heure ou deux après le repas, duraient jusqu'à 3, 4 ou 5 heures. La malade vomissait alors son déjeuner et était soulagée, n'ayant plus aucune douleur. Le soir, la malade ne prenait qu'un peu de potage et n'avait pas de douleurs. Parfois, elle avait de légères douleurs après le petit déjeuner. Ces douleurs siégeaient dans le creux épigastrique, répondant dans le dos entre les deux épaules. Les douleurs se répétaient presque tous les jours, mais il y avait des périodes de calme, durant un mois, un mois et demi.

Parfois la malade avait dès le matin la migraine du côté gauche,

avec troubles de la vue, et alors elle ne pouvait rien prendre sans le vomir très peu de temps après le repas (1 heure environ). Au moment des vomissements, la malade était prise de nausées, rendait une gorgée ou deux d'eau claire, mousseuse, amère, puis vomissait les aliments. Dans l'intervalle des vomissements, elle avait des renvois acides.

La malade était très constipée, prenait des purgatifs (séné, cascarine), sinon restait parfois 7-8 jours sans aller à la selle. Les selles étaient dures, la malade n'a pas remarqué s'il y avait du sang. L'appétit était bon. Il en fut ainsi depuis l'âge de 26 ans, jusqu'en ces derniers temps.

En février 1910, les troubles deviennent plus graves. La malade ne pouvait plus rien prendre. Elle vomissait tout, le matin, à midi ou le soir ; le vomissement survenait soit immédiatement après le repas, soit au plus tard, une demi-heure, une heure après ; la couleur en était vert jaunâtre. Si la malade se levait, elle rendait aussitôt.

Les douleurs étaient plus fortes qu'autrefois et siégeaient au creux épigastrique, sous le rebord costal gauche, et dans le dos. Elles étaient aussi plus fréquentes, survenant dès que la malade avait mangé : le vomissement les calmait. Ne pouvant plus rien absorber, elle cessa de travailler en octobre 1910.

Le 17 novembre 1910, elle entra à la Pitié dans le service du D^r Henriquez, où elle prit comme nourriture des potages au lait, des purées de pommes de terre, du lait, restant alitée avec des compresses laudanisées sur le ventre. Elle ne souffrait plus de l'estomac, n'avait pas de vomissements.

Depuis 3 ou 4 mois, la malade n'a plus d'appétit, tous les aliments lui répugnent ; elle mange par raison ; elle a toutefois engraisé de 7 à 8 livres, à la suite de gavages avec des œufs, du lait, etc. (3 janvier 1911, Poids : 49 k. 300).

Antécédents. — A 18 ans, la malade était faible, anémique (prenait du fer, etc.). Pas de maladie antérieure.

Epistaxis abondantes à 26 ans.

Réglée depuis l'âge de 12 ans 1/2. Règles régulières durant 3 jours environ, peu abondantes, non douloureuses. Depuis quelques

années, la malade souffre 8 à 15 jours avant les règles dans la région lombaire.

Pas d'enfant, pas de fausse couche.

Actuellement. — Plus de vomissements. Douleurs très légères dans le creux épigastrique, survenant vers 3-4 heures.

Examen. — Ventre normal, ni ballonné, ni rétracté. La région épigastrique est un peu soulevée. A la palpation, la paroi est souple partout, sauf dans la région épigastrique, où il y a de la défense et une douleur diffuse. Il y a du clapotage gastrique s'arrêtant immédiatement au-dessous de l'ombilic. Pas de succussion.

Foie. — Submatité hépatique commençant au niveau du mamelon, ne déborde pas les fausses côtes.

Poumon. — Le sommet droit, en avant et en arrière, présente une légère submatité, de l'exagération des vibrations vocales, une diminution de la respiration.

Le 15 janvier, à 6 heures du soir, on administre un repas de carottes. A 8 h. 1/2, la sonde ne retire rien : un lavage est fait immédiatement. L'eau ressort propre.

L'insufflation gonfle l'estomac et soulève la paroi jusqu'à trois travers de doigt sous l'ombilic.

Un repas d'épreuve est donné et est retiré à 9 h. 1/2.

L'examen du chimisme, après repas d'Ewald, décelle la présence d'Hcl libre et d'acide lactique. Pas de sang.

La recherche quantitative donne :

Acidité totale.....	A	2,30
Chlore total.....	T	3,85
Hcl libre.....	H	0,68
Chlore combiné.....	B	3,17
Chlore minéral.....	F	1,37
Chlore organique.....	C	1,80
Chlorhydrie.....	H + C	2,48
Rapport.....	$\frac{T}{F}$	2,7
Coefficient de peptonisation : $\alpha = \frac{A-H}{C}$		0,95

Urines normales.

Opération, le 24 janvier 1911 (Prof^r Hartmann). — Incision sus ombilicale, para-médiane gauche. Le pylore est sain. Sur la petite

courbure, ulcère en selle, déterminant une déformation en bissac de l'estomac. Ligature, le long des courbures, des artères, à gauche et à droite du rétrécissement. Séparation par petits paquets du grand épiploon, de la grande courbure. Résection de la partie moyenne de l'estomac. Réunion des deux tranches par une suture à 2 plans. Drain. Réunion de la paroi abdominale en un seul plan. Fils de bronze.

Sur la pièce, on voit au niveau de la petite courbure, un ulcère en selle, excavé, centre d'une rétraction qui embrasse les deux faces. La gastro-entérostomie n'a pas été pratiquée, parce qu'après incision du méso-côlon, l'estomac fut trouvé grisâtre et adhérent.

Suites opératoires. — 25 janvier : Temp. du matin et du soir : 38°4.

26 janvier. — Temp. du matin : 37°8. Temp. du soir : 38°4. Un lavement ramène des gardes-robes.

27 janvier. — Suppression du drain.

Le retour de la température à la normale se fait peu à peu, et la malade quitte l'hôpital le 3 mars. L'examen du chimisme gastrique, pratiqué avant son départ, décèle la présence d'Hcl libre, ainsi que d'acide acétique et d'acide lactique.

Les résultats de l'analyse quantitative sont :

Acidité totale	A	2,29
Chlore total.....	T	3,14
Chlore combiné.....	B	2,12
Hcl libre.....	H	1,02
Chlore minéral.....	F	0,82
Chlore organique.....	C	1,30
Rapport.....	$\frac{T}{F}$	3,7
Chlorhynrie.....	H + C	2,32
Coefficient de peptonisation : $\alpha = \frac{A-H}{C}$		0,9

L'examen radioscopique, après ingestion d'un lait bismuthé, montre qu'il y a aussitôt passage dans l'intestin. Les contractions gastriques sont à la cadence normale.

13 février 1912. — Va très bien (Poids : 52 kgs), sauf des aigreurs parfois après le repas, surtout après ingestion d'haricots

verts et d'épinards. Sans cette alimentation, aucun trouble. Ne vomit pas. A vomi, jusqu'en mai 1911, de l'eau, mais pas d'aliments. Prend du bicarbonate. Fait trois repas par jour sans jamais souffrir, composés de viandes grillées (sans sauce), de purées, de légumes en purée, d'eau rougie, de lait. Actuellement constipée, à peu près comme autrefois.

Les résultats et la comparaison d'une radiographie (4 minutes après la prise de bismuth), et d'une radioscopie (15 minutes plus tard), assez délicates à interpréter, montrent que l'estomac présente deux diverticules (supérieur et inférieur) avec un rétrécissement au niveau de la zone réséquée, auquel s'ajoute du spasme, puisque le point paraît s'élargir par moments. La poche inférieure est en avant de la poche supérieure, si bien que quand on la refoule de bas en haut, elle empiète sur la supérieure, masquant le rétrécissement sur la radiographie.

20 novembre 1912. — Il y a un mois, à la suite de très fortes fatigues (la malade portait de lourdes charges), brûlures pendant deux jours, une demi-heure après le repas, très vite calmées par le vomissement des aliments ingérés. Elle se sent assez vigoureuse, quoique de teint un peu pâle. Elle fait 3 repas par jour et mange de tout chez ses patrons (elle est domestique), sauf les sauces et ragoûts, les mets très épicés. Elle digère cependant la salade. De temps à autre, elle a quelques renvois acides, mais pas d'autres troubles gastriques. Elle ne boit qu'un verre de liquide aux repas et rien dans l'intervalle. Il y a 2 mois, elle dut même diminuer cette quantité, parce qu'elle éprouvait, après boire, de l'oppression, et devait s'arrêter de manger. Elle va maintenant régulièrement à la selle tous les jours. La menstruation se fait normalement, sauf quelques douleurs lombaires avant l'apparition des règles.

Les diverses fonctions organiques s'accomplissent bien : elle ne se plaint pas de son appareil pulmonaire, où persistent les signes stéthoscopiques rapportés plus haut. L'examen de l'abdomen, et particulièrement de l'estomac, ne montre absolument rien d'anormal. La cicatrice d'incision résiste parfaitement.

Il y a un peu d'amaigrissement. La malade ne pèse plus que 48 k. 600.

CHAPITRE VII

Résultats immédiats et éloignés de la gastrectomie dans l'ulcère, et ses suites

Nulla autem est alia pro certo noscendi via,
nisi quam plurimas et morborum et dissec-
tionum historias, tum aliorum tum proprias
collectas, habere et inter se comparere.

MORGAGNI. *De Sed. et Caus. Morb.*
(lib. IV. Præmium).

Nous avons résumé, dans notre travail, 337 observations d'ulcère *non cancérisé et non perforé dans la paroi abdominale*. Nous diviserons leur étude en quatre groupes, suivant que l'intervention a été motivée : 1° par un ulcère chronique en évolution ; 2° par une sténose pylorique ; 3° par un estomac biloculaire ; 4° par un ulcère hémorragique.

ULCÈRE CHRONIQUE

Notre statistique porte sur 172 cas. Ils se classent, suivant le procédé de gastrectomie employé, comme suit :

Résection simple : 101 cas.

Résection et gastro-entérostomie : 21 cas.

Résection et plastie : 22 cas

Résection circulaire médio-gastrique : 28 cas.

Le tableau suivant indique la fréquence respective des interventions suivant l'époque.

	RÉS. SIMPLE	RÉS. ET G. E.	RÉS. ET PLASTIE	RÉS. CIRCUL.
1880-1890	8		1	
1891-1895	12		5	
1896-1900	44	2	10	6
1901-1905	32	15	6	14
Depuis 1906	5	4		8
TOTAL	101	21	22	28

Age et sexe des opérés. — RÉSECTION SIMPLE. — Le plus jeune opéré est un malade de Postempski (1890), âgé de 15 ans, qui guérit. Le plus âgé est un vieillard de 65 ans, opéré en 1901, par Hartogh, pour une tumeur diagnostiquée cancer : il mourut, dix jours plus tard, d'une embolie pulmonaire.

Le *sexe* est indiqué dans 90 observations : les proportions sont les suivantes :

Hommes : 30, avec 7 morts opératoires, soit 23,33 %.

Femmes : 60, avec 6 morts opératoires, soit 10 %.

RÉSECTION ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Le plus jeune opéré est un homme de 22 ans (Van Hacker, 5, VI, 1905, rapporté par Hofman). Il s'agissait d'un ulcère développé sur l'emplacement d'une fistule gastro-intestinale, pratiquée plusieurs années auparavant pour une sténose cicatricielle. L'excision amena la guérison. — La malade de Riedel, âgée de 61 ans, opérée en un temps, pour un ulcère très adhérent de la petite courbure, succomba un mois plus tard d'une double phlébite, suivie d'embolie pulmonaire.

Le *sexe* est indiqué dans 20 observations.

Hommes : 11. Pas de mortalité.

Femmes : 9, avec 2 morts opératoires, soit 22,2 %.

RÉSECTION ET PLASTIE. — Le plus jeune opéré (20 ans), est celui de Novaro (1890) : il guérit. L'opérée de Tuffier (3, III, 1899), avait 58 ans : guérison opératoire.

Le *sexe* se répartit ainsi :

Hommes : 6, avec 1 mort, soit 16,6 %.

Femmes : 16, avec 3 morts, soit 18,75 %.

RÉSECTION CIRCULAIRE. — Dans la statistique de Riedel figurent l'opérée la plus jeune (20 ans), et la plus âgée (67 ans) : toutes deux guérirent.

Le *sexe* se répartit ainsi :

Femmes : 20, avec 7 morts, soit 35 %.

Hommes : 8, avec 6 morts, soit 75 %.

Indications de l'intervention. — En mettant à part les cas où l'on est intervenu spécialement contre l'hémorrhagie, la plupart des observations nous offrent une histoire quelquefois très ancienne (plus de vingt ans), de douleurs, localisées le plus souvent à l'épigastre ou sous l'arc costal gauche, tellement intenses parfois, qu'elles conduisaient à la morphinomanie, de vomissements fréquemment teintés de sang, d'éruptions acides, d'anorexie, etc. Ces signes accompagnaient quelquefois une dilatation extrême de l'estomac, aboutissant à un profond amaigrissement et à la cachexie. Dans beaucoup d'observations, on note une exagération de la sécrétion chlorhydrique, avec présence d'Hcl libre, coexistant dans certains cas avec des acides de fermentation (acide lactique, etc.). D'autres malades ont réclamé l'intervention, en se basant sur l'impuissance du traitement médical à les soulager, ou sur l'obligation de suivre un régime compliqué. Dans un nombre assez considérable de cas, on sentait, à travers la paroi abdominale, une tumeur plus ou moins mobile, et on déterminait une douleur vive à la pression de l'épigastre gauche, sous l'arc costal, siège d'une résistance anormale.

L'ulcère calleux, l'ulcère pénétrant, surtout, se présentait avec cet aspect.

L'échec de la gastro-entérostomie fut aussi un motif de nouvelle intervention.

Enfin, dans quelques cas, les signes cliniques et les constatations

opératoires faisaient craindre une tumeur suspecte de l'abdomen ou de la paroi (fibro-sarcome, etc.). Bien souvent, seul l'examen histologique permit de trancher la question.

Constatations opératoires. — La plupart des ulcères excisés ou réséqués avec une certaine étendue de paroi stomacale, appartenaient au corps de l'organe (paroi antérieure ou postérieure, petite courbure, région fondique, cardia) : quelques-uns seulement avaient englobé le pylore. Beaucoup avaient contracté des adhérences inflammatoires avec les organes voisins, si bien que l'envahissement profond des parenchymes du foie et du pancréas, ou l'irruption dans la paroi abdominale nécessitèrent fréquemment la résection d'une partie de l'organe adhérent. Dans quelques cas, l'aspect de l'ulcération était tel qu'on fit le diagnostic de carcinome ulcéré. Parfois, enfin, l'ulcère était relativement peu étendu ; il n'était pas enveloppé d'adhérences ou circonscrit par une zone de tissus inflammatoires : ces conditions favorables avaient paru propices au chirurgien pour une excision.

Résultats immédiats. — Nos 172 cas de résection simple ou combinée avec une autre opération, ont donné, en bloc, 33 morts, soit une mortalité de 19,18 %.

Le tableau suivant donnera un aperçu détaillé de la mortalité, suivant l'époque et le genre d'opération.

	RÉS. SIMPLE	RÉS. ET G. E.	RÉS. ET PLASTIE	RÉS. CIRCUL.
1880-1890	2 M— 25 %.		—	
1881-1895	3 M— 25 %.		1 M— 20 %.	
1896-1900	6 M— 13, 6 %.	—	—	4 M— 66, 6 %.
1901-1905	3 M— 9,37 %.	2 M— 13,33 %.	3 M— 50 %.	8 M— 57,14 %.
Depuis 1906	—	—		1 M— 12,50 %.
TOTAL	14 M— 13,86 %.	2 M— 9,52 %.	4 M— 18,18 %.	13 M— 46,42 %.

Le chiffre de la mortalité globale, le plus élevé, est fourni par la résection circulaire, puis, en ordre décroissant, par la résection associée à la plastie, par la résection simple, enfin, par la résection associée à la gastro-entérostomie. A mesure qu'on se rapproche davantage de l'époque actuelle, la mortalité diminue d'une manière générale, sans doute parce que les indications sont mieux posées, les interventions minutieusement réglées par des chirurgiens plus expérimentés. Cette diminution est surtout remarquable dans la résection médio-gastrique, dont la léthalité, à partir de 1906, atteint à peine 13 % environ (une mort pour 8 interventions).

Causes de la mort. — Elles se répartissent ainsi :

RÉSECTION SIMPLE. — a) *Collapsus post-opératoire* (Eiselsberg, 7 octobre 1880). Le malade avait perdu beaucoup de sang avant opéré.

b) *Péritonite*. Un cas de Riedel (24 novembre 1895) : l'opération avait été mal réglée. Faute d'avoir pu boucher une vaste perte de substance, créée par la libération des adhérences d'un ulcère calleux, il avait fallu se contenter d'un tamponnement. A l'autopsie, on découvrit trois ulcères ronds, passés d'abord inaperçus. Un autre cas de Montprofit (1898) L'auteur avait pratiqué la pylorectomie et l'implantation du duodénum à la face antérieure de l'estomac chez une femme de 63 ans : mort le 7^e jour par insuffisance des sutures.

c) *Complications pulmonaires* : deux cas de pneumonie (Kehr, 16 février 1897. Mort le 7^e jour ; — Kümmel, 5 août 1897. Mort le 3^e jour) ; un cas d'embolie pulmonaire au dixième jour (Hartogh) ; un cas d'œdème pulmonaire (J.-L. Faure, 26 août 1903. Mort le 5^e jour).

d) *Ulcère méconnu*, qui continue d'évoluer et amène la mort au bout de quinze jours (Schuchardt, 1894), ou provoque des melæna et tue au bout de 28 jours par faiblesse croissante (Czerny, 27 novembre 1900). On découvre, à l'autopsie, un ulcère hémorrhagique de la petite courbure, adhérent au pancréas.

e) *Hémorrhagie*. Un cas de Czerny (mai 1886) : excision d'un ulcère du pylore. Mort au 5^e jour par hématomèse.

f) *Parotidite suppurée*. Mansell-Moullin (25 avril 1900) : décès le 19^e jour.

g) *Vomissements incoercibles*. Gilford, 1896. La malade mourut 36 heures après l'intervention, malgré divers traitements. A l'autopsie, rien de spécial.

h) *Inanition*. Brenner, 7 novembre 1901. Décès le 7^e jour.

RÉSECTION ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — a) *Phlegmatia double et infarctus pulmonaires suppurés*. Mort un mois après l'opération (Riedel, 2 mai 1902).

b) *Hémorrhagie gastro-intestinale*. Mort 7 jours après l'opération (Brenner, 6 octobre 1901).

RÉSECTION ET PLASTIE. — a) *Collapsus*. Deux cas : 1^o celui de Czerny (16 juin 1901), opéré pour ulcère hémorrhagique, mourut le 3^e jour. A l'autopsie, pneumonie double et anémie des organes ; 2^o celui de Riedel (9 août 1901), opéré pour un vaste ulcère envahissant de la petite courbure, mourut le même jour. A l'autopsie, anémie générale et dégénérescence graisseuse du pancréas.

b) *Gangrène de la paroi antérieure de l'estomac* (Kader, Clinique de Mikulicz, 8 avril 1895). Mort le deuxième jour, précédée de vomissements de sang.

c) *Gastropyléie* (Krause, 10 octobre 1902). L'estomac se paralyse à la suite d'une excision plastique d'un ulcère de la petite courbure. Sept jours plus tard, G. E. antérieure et jéjunostomie à la Witzel, impuissante à arrêter les accidents, qui amènent la mort deux jours plus tard.

RÉSECTION CIRCULAIRE. — a) *Péritonite*. Quatre observations : Deux cas de Riedel : 1^o gastrectomie médio-gastrique et union avec le duodénum de la tranche gastrique partiellement refermée par en haut (12 novembre 1898). Mort 5 jours plus tard par désunion au point de réunion des trois sutures ; 2^o même opération, même accident, amenant la mort au huitième jour après l'intervention (4 avril 1901).

Un cas de Van Hacker (21 octobre 1905). Résection médio-gastrique par un procédé analogue au Billroth II. Mort au bout de quelques jours, malgré laparotomie suivie de jéjunostomie. Un cas de Brenner (9 octobre 1903). Résection médio-gastrique simple. Mort le 5^e jour.

b) *Complications pulmonaires.* Quatre observations : Trois cas de Riedel : 1° une femme de 67 ans, opérée le 31 juillet 1898, succombe environ *un mois* plus tard après avoir présenté du décubitus sacré, suivi d'infection du canal médullaire. A l'autopsie, tuberculose pulmonaire, étendue ; 2° un homme de 46 ans, opéré le 18 février 1901, meurt 9 jours plus tard de pneumonie gragréneuse de déglutition. A l'autopsie, l'abdomen ne montrait rien d'anormal ; 3° un homme de 56 ans, opéré le 24 octobre 1902, meurt de complications pulmonaires, onze jours plus tard. A l'autopsie, tuberculose pulmonaire ; pneumonie des bases ; bronchite purulente ; abdomen intact.

Un cas de Hartmann. Gastrectomie médiane, avec implantation du bout pylorique au bouton (14 mai 1909). Mort, quatre jours plus tard, par pneumonie droite.

c) *Cachexie post-opératoire.* Deux cas de Brenner : 1° Diastase des sutures ; fistule gastrique. Inanition. Mort douze jour après l'intervention (9 septembre 1901) ; 2° Décès par épuisement, deux jours après l'opération (23 mai 1903). A l'autopsie, tuberculose pulmonaire ; thrombose des veines de la rate.

d) *Diphtérie intestinale.* Mort le sixième jour (Riedel, 30 janvier 1900).

e) *Thrombose de la veine rénale.* Mort le même jour (Brenner, 12 juin 1900).

f) *Myocardite.* Mort le même jour. A l'autopsie, cœur brun, reins pâles, ratatinés (Brenner, 21 avril 1904).

Complications post-opératoires. — RÉSECTION SIMPLE. — *Parotidite*, 3 cas : 1° Mansell-Moullin, 14 mai 1900 ; 2° F. Blumer, 4 mars 1903 : parotidite droite, le treizième jour, puis vomissements sanglants et parotidite gauche le vingt-unième jour ; 3° Bück (1903), parotidite droite le treizième jour.

Hématémèses. Mikulicz (20 novembre 1891).

Arrachement des sutures, au niveau des muscles abdominaux, dû à la toux (Riedel, 5 octobre 1903).

Pneumonie. Jäckh, 3 décembre 1900.

Fistule gastrique, par déhiscence de la suture. On enleva trop

tard les compresses de drainage, et le malade fut soumis à un régime trop sévère (Jedlicka, 31 mars 1904).

Élévation de la température. Tient à un léger degré d'infection de la plaie et nécessite la réouverture et inspection de la plaie (cas de Kukula-Jedlicka, 25 juillet 1895) où à un abcès des muscles droits (deux cas de Jedlicka (24 avril 1900 et 28 janvier 1904) ou à une cause inconnue (Schwarz, 15 décembre 1898).

RÉSECTION ET GASTROENTÉROSTOMIE. — *Collapsus post-opératoire.* Un cas : Mansell-Moullin (juillet 1903).

Phénomènes d'iléus. Des vomissements de sang, bientôt suivis de phénomènes d'occlusion intestinale, compliquèrent un cas opéré dans la clinique de Hofmeister (18 mai 1905). Un abcès abdominal se fistulisa à travers la cicatrice. On en fit l'ouverture et le drainage. Guérison.

Fièvre de cause inconnue, pendant deux semaines. Stumpf, 23 juillet 1906.

RÉSECTION ET PLASTIE. — *Crises gastriques douloureuses.* Mikulicz, 7 novembre 1896.

Pneumonie. Eiselsberg, 14 mai 1898.

RÉSECTION CIRCULAIRE. — *Abcès de la paroi abdominale et pneumaire.* Riedel, 10 août 1898.

Suppuration de la plaie abdominale. Riedel, 12 février 1906.

Suites éloignées. — Il nous paraît intéressant, avant de rechercher comment survivent les opérés de gastrectomie, d'analyser les causes de leur mort éloignée. Nous saurons ainsi dans quelle proportion ils meurent de l'ulcère et ses conséquences ou d'autres maladies.

Mortalité tardive. — RÉSECTION SIMPLE. — Nous relevons dans nos observations, cinq morts, dont trois peuvent être attribués aux suites de la maladie ulcéreuse :

1° Czerny, 13 décembre 1882. Le malade meurt au bout de 17 ans, de *tuberculose pulmonaire*. Il ne souffrait plus de l'estomac ;

2° Van Hacker, 1902. Trois mois et demi après l'opération, des vomissements fréquents nécessitent une nouvelle intervention : la

résection d'une anse intestinale rétrécie. Une amélioration s'ensuit, mais cinq mois plus tard, une péritonite aiguë, par perforation, emporte le malade ;

3° Ernest W. Hey. Groves, 2 novembre 1901. Pendant les 6 premiers mois, amélioration, puis *récidive des troubles* anciens. La laparotomie montre, quinze mois après la première opération, un carcinome gastrique diffus. Neuf semaines plus tard, mort par inanition et toxémie ;

4° Jaboulay, 28 novembre 1904. Des accidents de *sténose pylorique* emportent le malade, deux mois après la résection d'un ulcère calleux de la petite courbure, non compliqué de sténose ;

5° Gebele, 1907. Quatre semaines après l'opération, un nouvel ulcère de la région fundique se perfore dans le péritoine.

RÉSECTION ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Jaboulay, 28 octobre 1905. Le malade mourut de *tuberculose pulmonaire*, 7 ans après l'intervention. L'estomac avait une forme normale, et on put s'assurer de la perméabilité du pylore et de la néo-bouche.

RÉSECTION ET PLASTIE. — Czerny, 21 janvier 1895. Le sujet, bien portant pendant 7 mois, meurt d'une perforation d'un *ulcère* du duodénum.

Jaboulay, 1^{er} octobre 1900. Mort, après 3 mois, par affection pulmonaire aiguë.

RÉSECTION CIRCULAIRE. — Riedel, 31 juin 1898. Mort trois mois après l'opération, de tuberculose pulmonaire. Pas de troubles gastriques.

Riedel, 10 août 1898. Mort, deux mois après l'opération, par embolie de l'artère pulmonaire.

Résultats définitifs. — RÉSECTION SIMPLE. — Nos 101 opérés ont fourni 14 morts, soit 13,86 %. Ont supporté leur intervention : 87 malades. Les suites éloignées sont connues dans 53 cas. Cinq de ceux-ci sont morts, dont trois de troubles gastriques, qui peuvent être considérés comme une séquelle de leur ancienne affection, quoiqu'ils fussent momentanément améliorés ; des deux autres, l'un avait pu être suivi pendant 16 ans, sans qu'il ait jamais présenté le moindre symptôme gastrique.

Que sont devenus les 48 autres malades, dont nous avons des nouvelles ? 20 seulement peuvent être considérés comme guéris entièrement de leurs troubles et ceci, après avoir été assez longtemps suivis (de quelques mois à 15 ans). Les douleurs d'estomac, spontanées ou provoquées, les vomissements, la constipation, etc., ont disparu ; le malade mange à peu près de tout ou n'évite que quelques aliments grossiers. L'appétit est revenu et, avec lui, l'engraissement. Le sujet a repris ses capacités de travail, son état général est bon : il est satisfait de l'opération.

Moins brillants sont les résultats de l'intervention chez les autres malades. 11 se plaignent de troubles persistant pendant un certain délai, puis cessant. Quelques-uns, après une longue amélioration, éprouvent quelques phénomènes désagréables, d'autres, enfin, ont des troubles supportables, mais nécessitant des soins spéciaux, le plus souvent, un régime. 7 ont des troubles pouvant être considérés comme une véritable récurrence, nécessitant une nouvelle opération qui est refusée, ou une cure médicale prolongée, suivie quelquefois d'amélioration. Chez 10 malades, enfin, on constate une récurrence ou des phénomènes nécessitant une nouvelle opération, telles qu'adhérences, sténose spasmodique du pylore, rétrécissement orificiel au niveau de la zone réséquée, ou encore cicatrice vicieuse. L'opération pratiquée consiste, le plus souvent, en gastro-entérostomie, et amène la guérison (Schwarz, 15 décembre 1898) ; en pylorectomie, en gastrolise et gastro-duodénostomie (cas de Jedlicka), et enfin en une réfection de la paroi.

RÉSECTION ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Nos 21 opérés ont fourni 2 morts, soit 9,52 %. Ont supporté leur intervention : 19 malades. Les suites éloignées sont connues dans 11 cas. Une mort tardive par tuberculose pulmonaire, au bout de 7 cas, nous est rapportée mais le malade ne souffrait plus de son estomac.

Les dix autres cas ont été suivis de quelques mois à 2 ans. 7 peuvent être considérés comme entièrement guéris, 2 n'ont été qu'améliorés (l'un devait éviter les mets lourds et s'abstenir de travaux pénibles (Brenner, 28 octobre 1902), l'autre présentait des vomissements à la suite de surmenage (Jaboulay, 26 janvier 1905), 1 à qui Tuffier enleva un ulcère hémorragique, 9 ans après une

gastro-anastomose, revint 14 mois plus tard avec un ulcère du duodénum, et dut subir une G. E. avec exclusion unilatérale du pylore : c'est un remarquable exemple de la ténacité des troubles chez une catégorie de malades.

EXCISION ET PLASTIE. — Le résultat éloigné nous est connu 9 fois sur nos 22 cas. Deux des malades sont morts, dont l'un 7 mois après l'intervention d'un ulcère duodénal perforé. Les 7 autres opérés nous fournirent quatre guérisons complètes (suivies pendant 2 à 6 mois), et trois améliorés : l'un de ces derniers, malgré un état excellent, présenta 16 mois après l'intervention, des selles noires pendant 3 jours.

RÉSECTION CIRCULAIRE. — Nos 28 cas ont fourni en bloc une mortalité de 46,42 % (13 décès). 15 malades ont supporté l'intervention. Nous savons ce que 11 d'entre eux sont devenus : 2 sont morts, mais d'une affection indépendante de l'ulcère ; les 9 autres ont été entièrement délivrés des symptômes de leur affection, après une observation qui a porté chez plusieurs, pendant 2 et 3 ans, ce qui constitue un délai déjà sérieux pour une opération en somme récente.

La gastrectomie médio-gastrique paraît, jusqu'à plus ample informé, fournir les résultats durables les meilleurs.

STÉNOSE PYLORIQUE ULCÉREUSE OU CICATRICIELLE

Notre statistique porte sur 127 opérations. Nous les avons classées comme suit :

Pylorectomie simple.....	69 cas.
Pylorectomie et gastro-entérostomie...	53 —
Pylorectomie partielle.....	5 —

Le tableau suivant indique la fréquence respective des interventions suivant l'époque.

	PYLORECTOMIE SIMPLE	PYLORECTOMIE ET G. E.	PYLORECTOMIE PARTIELLE
1880-1890	24	1	4
1891-1895	10	4	
1896-1900	20	16	
1901-1905	13	27	1
Depuis 1906	2	5	
TOTAL	69	53	5

Age et sexe des opérés. — PYLORECTOMIE SIMPLE. — Le plus jeune opéré est un malade de Kolatschewsky (10 avril 1888), âgé de 15 ans, qui guérit. Trois vieilles femmes de 58 ans, opérées par Julius Dollinger, Bela v. Imrédy et Murphy, ont également guéri.

Le *sexe* connu dans 66 observations, fournit les proportions suivantes :

Hommes : 30, avec 10 morts opératoires, soit 33,33 %.

Femmes : 36, avec 8 morts opératoires, soit 22,22 %.

PYLORECTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Le plus jeune opéré est un homme de 22 ans (Doyen, 28 novembre 1892), le plus vieux, un homme de 65 ans (Hofmeister, décembre 1905). Tous deux guérirent.

Le *sexe* est indiqué dans 50 observations.

Hommes : 30, avec 6 morts opératoires, soit 20 %.

Femmes : 20, avec 5 morts opératoires, soit 25 %.

PYLORECTOMIE PARTIELLE. — Le plus jeune opéré, un homme de 31 ans, opéré par Billroth, le 27 octobre 1887, mourut. Une femme de 47 ans, opérée par le même chirurgien, le 3 mai 1883, mourut aussi.

Le *sexe* se répartit ainsi :

Hommes : 3, avec 2 morts opératoires, soit 66,66 %.

Femmes : 2, avec 2 morts opératoires, soit 100 %.

Indications de l'intervention. — Les troubles, signalés dans les observations ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on rencontre dans l'ulcère chronique simple. Nous n'avons pas à y revenir. Beaucoup montrent bien la succession des phénomènes : troubles faisant penser à un ulcère, puis signe de sténose du pylore, avec dilatation consécutive et hyperacidité ; dans quelques cas, au contraire, l'hypoacidité chlorhydrique (signe de Gluzinsky) avec présence d'acide lactique, de sarcines, de longs bacilles dans le contenu gastrique, jointe à l'amaigrissement et à la cachexie du malade, fait porter d'emblée le diagnostic de cancer du pylore, tout ou moins d'ulcère cancérisé. Quelquefois aussi, la sténose met des années à évoluer, et on a alors le tableau d'une dyspepsie chronique, contre laquelle n'agit pas le traitement médical. La longue durée de l'affection est du reste remarquable (vingt années et plus parfois).

De nombreux auteurs insistent sur la présence d'une tumeur dans la zone pylorique, sous l'arc costal droit ou à mi-chemin et à droite de la ligne xyphoïdo-ombilicale. Quelques malades, enfin, recherchent une nouvelle intervention parce qu'une première opération ne leur a pas réussi, que celle-ci ait consisté en pyloroplastie (Löbker, Cecherelli, Gersuny, Riedel, etc.), ou en gastro-entérostomie (Gayet), une fois même suivie bientôt d'une jéjuno-jéjunostomie (Nøever).

Constatations opératoires. — Dans la majorité des cas, on trouve une sténose cicatricielle simple, avec épaissement de toutes les couches pyloriques, consécutif à un ulcère rond de la face antérieure ou postérieure. Parfois, celui-ci a pris naissance au niveau de l'estomac, sur la petite courbure le plus souvent, et a envahi secondairement le pylore. La tumeur est alors cylindrique et s'étend, tant au pylore qu'à l'estomac, sur 7 à 8 centimètres. Dans la masse cicatricielle, il arrive aussi de trouver plusieurs ulcères. D'autres fois, il s'agit d'un ulcère calleux, adhérent au foie, à la vésicule biliaire, à l'épiploon, au pancréas, au côlon

tranverse, au duodénum. Il ne s'agit pas toujours d'adhérences inflammatoires, mais bien de pénétration, nécessitant éventuellement la résection du parenchyme envahi. Dans maints cas, l'aspect du pylore, peu mobile, avec ses nodosités irrégulières, fait penser au cancer et, la présence de ganglions dans les épiploons, au niveau de la grande et petite courbure, est troublante. Le diagnostic de squirrhe est parfois posé.

Dans quelques observations, enfin, on ne trouve rien. Il s'agit d'infiltration inflammatoire de la sous-muqueuse et d'hypertrophie de la valvule pylorique, peut-être consécutives à de petits ulcères de la muqueuse.

Le pylore n'est pas toujours directement intéressé : un ulcère prépylorique obture, par son extension circulaire, le passage des aliments : on a pu croire à un bissac.

Quant au degré de la sténose, il est parfois tel que la pièce en mains, on peut à peine faire pénétrer le tuyau d'une plume d'oie.

Résultats immédiats. — Nos 127 cas de résection du pylore, simple, partielle ou combinée à la G. E., ont donné, en bloc, 33 morts, soit une mortalité de 25,98 %.

Le tableau suivant donnera un aperçu détaillé de la mortalité, suivant l'époque et le genre d'opération.

	PYLORECTOMIE SIMPLE	PYLORECTOMIE ET G. E.	PYLORECTOMIE PARTIELLE
1880-1890	10 M— 41,66 %	1 M— 100 %	4 M— 100 %
1891-1895	2 M— 20 %	2 M— 50 %	
1896-1900	5 M— 25 %	5 M— 31,25 %	
1901-1905	1 M— 7,69 %	3 M— 11,11 %	—
Depuis 1906	—	—	
TOTAL	18 M— 26,08 %	11 M— 20,75 %	4 M— 80 %

Ici aussi nous observons que la létalité globale diminue à mesure que nous nous rapprochons de l'époque actuelle, et pourtant la technique opératoire n'a guère été sensiblement modifiée depuis Billroth. Les opérés de la première heure ont dû leur mort surtout à des erreurs d'asepsie (nombreux cas de péritonite).

De la lecture de notre tableau résulte aussi que l'association de la G. E. n'augmente pas le danger de l'intervention. Quant à la pylorectomie partielle, c'est une opération funeste. Un seul cas opéré en 1901, a échappé à la mort.

Causes de la mort. — Elle se répartissent ainsi :

PYLORECTOMIE SIMPLE. — a) *Péritonite*. On trouve presque toujours à l'autopsie, des points de sphacèle de la paroi et une diastase des sutures. Le péritoine n'est que partiellement envahi, et d'autres lésions se produisent dans les organes (pneumonie, cas de Czerny, 11 février 1885, décès le 2^e jour ; pneumonie, myocardite, gastroplogie ? Rydygier, 4 février 1898), où le péritoine est totalement pris (Billroth, 21 décembre 1885 et 4 juillet 1888 ; Esmarch, 3 mars 1887, Rydygier, 2 mars 1896, Rushton Parker, 1 juin 1902). Le cas d'Eiselsberg est particulier en ce que la péritonite devint chronique. Une double perforation, en arrière du duodénum, avec abcès, n'amena la mort qu'après 5 semaines (9 mai 1906).

b) *Collapsus*. Quatre cas. La mort se produit au plus tard le lendemain. Rien de suspect dans l'abdomen (Rydygier, 22 novembre 1887 ; Launenstein, 10 décembre 1888 ; Czerny, 12 décembre 1889 ; Eiselsberg, 30 avril 1898).

c) *Inanition*. Décès le 9^e jour (26 juin 1894).

d) *Gangrène du côlon transverse*. Mort le 7^e jour (Launenstein, 3 janvier 1882).

e) *Pneumonie*. Mort le 3^e jour (Rydygier, 16 janvier 1894).

PYLORECTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — a) *Collapsus*. Cinq cas (Krönlein, 1887 ; Doyen, 1893 ; Riedel, 1895 ; Helferich, 1899 ; Körte, 1900). Dans le dernier cas, le décès n'eut lieu qu'au 4^e jour et, à l'autopsie, on trouva une pneumonie de la base droite.

b) *Péritonite*. Trois cas : 1^o Ettlinger, 1898. Mort au 10^e jour, par relâchement de la ligne des sutures de G. E. ; 2^o Schoffer, 1899.

Mort au 10^e jour. A l'autopsie. gangrène du côlon transverse ; 3^e Garré, 1902. Mort le 18^e jour. Absès sous-phrénique, perforé dans la cavité pleurale (empyème pratiqué deux jours avant le décès). A l'autopsie, péritonite. Sutures intactes.

c) *Vomissements*. Clinique Mikulicz-Hübener, 1898. Décès le 2^e jour, après vomissements teintés, vers la fin, de sang. A l'autopsie, névrose partielle du pancréas.

d) *Pneumonie*. Mort au 22^e jour. Auparavant, le malade avait eu de l'ictère et de la bronchite. On avait dû, par une nouvelle laparotomie, inciser un petit absès du pancréas.

e) *Double abcès du pancréas*. Mort au 25^e jour (Bakes; 1905). L'opération avait été compliquée du fait d'une implantation intrajéjunale du cholédoque, primitivement abouché dans la portion réséquée du duodénum.

PYLORECTOMIE PARTIELLE. — a) *Péritonite*. Trois cas, appartenant tous à Billroth (1883 et 1887). Le décès eut lieu à la 17^e heure, dans une des observations ; le 10^e et le 14^e jour, dans les autres, dû tantôt à une rupture de la ligne des sutures, tantôt à un écart de régime.

b) *Collapsus*. Un cas (Spear, 1885). Mort 1 h. 1/2 après l'opération.

Complications post-opératoires. — **PYLORECTOMIE SIMPLE.** — *Absès de la plaie abdominale*, généralement au niveau d'une suture. Quatre cas (Kolatschewsky-Maydl (2 fois), Jedlicka). Cet accident paraît bien plus fréquent qu'il n'est rapporté.

Fistule gastrique. Deux cas (Jedlicka, 1903 ; Gouilloud, 1904). La fistule, après un délai variable, se referme spontanément.

Parotidite. Un cas de Czerny (1889).

Pneumonie. Un cas de Rydygier (1884).

Melæna, des le 3^e jour, cessant 8 jours après l'opération (Körte, 1900).

PYLORECTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — *Congestion pulmonaire*. Un cas (Zæge Van Manteuffel, 1896).

Traces fugaces de péritonite. Un cas (Eiselsberg, 1898).

Suppuration de la plaie abdominale. Un cas (Krönlein, 1900).

Tétanie, dès le lendemain de l'opération, et durant une semaine (Nicoladoni, 1901).

Phlébite de la veine fémorale. Cinq semaines après l'opération. Un cas (Krönlein, 1904).

Collapsus. Un cas (Schloffer, 1905).

Grippe. Un cas (Walther, 1900).

Suites éloignées. — Mortalité tardive. — PYLORECTOMIE SIMPLE. — Nous relevons, dans nos observations, 12 morts, dont 7 peuvent être attribuées aux suites de la maladie ulcéreuse.

Cancer gastrique. Trois cas : 1° Billroth, 17 novembre 1887. Décès, 3 mois et demi après l'intervention. A l'autopsie, cancer secondaire sur la cicatrice de résection. La malade avait été autrefois opérée d'un cancer du col utérin ;

2° Eiselsberg, 26 mai 1898. Quatre ans après la résection, renvois et vomissements. Dans le décubitus horizontal, on sentait une grosse tumeur mobile. L'amaigrissement était extrême, et la mort eut lieu quelques mois plus tard ;

3° Jedlicka, 11 octobre 1901. Deux ans et cinq mois après l'opération, le malade mourut d'un cancer gastrique vérifié à l'autopsie. La G. E. fut pratiquée sans succès.

Récidive des troubles. Quatre cas : 1° Mikulicz, 1888. Après une longue amélioration, le malade succombe à la suite de nouveaux troubles gastriques au bout d'un an et demi, 2° Billroth, 3 mai 1889. Un mois et demi après l'intervention, plusieurs hématomés. Gastrotomie. Mort. A l'autopsie, nouvel ulcère près de la cicatrice ; 3° Rydygier, 3 janvier 1894. Amélioration pendant un an ; puis retour des malaises, nécessitant plusieurs séjours à l'hôpital ; finalement, au bout de 6 ans, mort par perforation de l'estomac ; 4° Czerny, 28 janvier 1889. Mort 7 mois après la pyloréctomie, d'une sténose duodénale par inflexion et rétraction cicatricielle.

Causes variables. Cinq cas. On note un cancer des organes génitaux (deux femmes), un ramollissement cérébral, une embolie, etc., mais rien du côté de l'estomac, bien que la mort soit survenue parfois assez tard (2 ans et plus).

PYLORECTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Nos trois cas de mortalité tardive se partagent ainsi :

Cancer gastrique. — Deux cas : 1° Brenner, 19 juin 1899. Cinq ans après l'intervention, accidents de sténose gastrique : on trouve un cancer développé au niveau de la cicatrice de résection. Mort peu après ; 2° Czerny, 12 juillet 1901. La malade, après avoir d'abord beaucoup engraisé, est emportée par un cancer au bout de trois ans.

Erysipèle. Un cas. Décès, 5 semaines après le Billroth II (Van Hacker-Nicoladoni, 1901).

Résultats définitifs. — PYLORECTOMIE SIMPLE. — Nos 69 cas ont fourni 18 morts, soit 26,08 %. 51 malades ont donc supporté leur intervention. Les suites éloignées sont connues dans 32 cas. Douze de ceux-ci sont morts, dont 7 par leur estomac. Que l'affection gastrique fût nouvelle ou se rattachât à la maladie primitive, il n'est pas moins vrai que les sujets bénéficiaient, en général, d'une amélioration et d'une survie notables. Il nous reste à examiner la situation des vingt autres malades. 17, suivis parfois très longtemps, se félicitent des résultats de l'intervention : les troubles subjectifs et objectifs ont disparu. Cependant, plusieurs observations notent la nécessité de ne pas faire des repas abondants et d'éviter tout écart de régime. Deux malades n'ont eu qu'un résultat médiocre. Il a fallu continuer les lavages d'estomac et se tenir à un régime très sévère. Enfin, chez un malade opéré par Mayo-Robson (25 juin 1891), une deuxième opération s'imposa parce que le nouveau pylore s'était oblitéré.

PYLORECTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Nos 53 opérés ont fourni 11 morts, soit 20,75 %. 42 malades ont donc supporté leur intervention. Les suites éloignées nous sont connues dans 23 cas. Trois de ceux-ci sont morts, dont deux de cancer gastrique, cinq ans et trois ans après l'opération. Restent 20 cas, qui se partagent ainsi : 17 *excellents résultats*, dont quelques-uns observés pendant plusieurs années ; dans un cas, il fallut, 108 jours après l'opération, pratiquer l'extraction du bouton ; dans trois autres, l'état subjectif était excellent, mais on déterminait une certaine douleur à l'épigastre ou à droite du ventre, et la motricité gastrique était un peu diminuée ; 3 *résultats médiocres* : un des malades, revu cinq

ans après (Helferich, mars 1901), se plaignait de faiblesse et douleurs, d'être astreint à un régime sévère ; il ne vomissait pas, les selles étaient régulières. On sentait une résistance à droite de l'ombilic; au repas d'épreuve, Hcl +, acide lactique 0 ; l'autre, quatre ans après, avait quelques troubles gastriques et de l'ictère (Czerny, 3 avril 1901) ; un troisième, enfin (Brenner, 9 décembre 1904), eut, quatre mois plus tard, un *ulcère peptique du jéjunum* qu'il fallut opérer.

PYLORECTOMIE PARTIELLE. — Nos cinq cas ont fourni 4 morts, soit 80 %. Un seul asurvécu et était bien portant jusqu'à sa mort, causée par une pneumonie, 11 mois après l'intervention.

ESTOMAC BILOCULAIRE

Notre statistique porte sur 38 cas. Suivant le procédé de gastrectomie employé ils se classent ainsi :

Résection circulaire médio-gastrique...	18 cas.
Résection et plastie.....	8 —
Résection et gastro-entérostomie.....	8 —
Résection et gastro-gastrostomie.....	4 —

Le tableau suivant indique la fréquence respective des interventions, suivant l'époque.

	RÉS. CIRC. MÉD. GASTRIQUE	RÉS. ET PLASTIE	RÉS. ET G. E.	RÉS. ET GASTRO- GASTROSTOMIE
1891-1895	1	2		
1896-1900	3	6	4	3
1901-1905	7		2	1
Depuis 1906	7		2	
TOTAL	18	8	8	4

Age et sexe des opérés. — RÉSECTION CIRCULAIRE. — Le plus jeune opéré est une femme de 16 ans, de Körte (1900), qui guérit ; le plus âgé, une femme de 70 ans, de Vallas (1904), qui guérit également.

Le *sexe* est indiqué dans 16 observations, et se répartit ainsi :

Femmes : 13, avec 1 mort opératoire, soit 1'69 %.

Hommes : 3 (mortalité nulle).

RÉSECTION ET PLASTIE. — Le plus jeune opéré est une femme, de Jaboulay (1900), âgée de 27 ans, qui guérit ; le plus âgé, un homme de 56 ans, opéré par Bier (1897), et qui mourut 9 jours plus tard, de pneumonie.

Le *sexe* se répartit ainsi :

Femmes : 7, avec 2 morts, soit 28,57 %.

Hommes : 1, avec 1 mort, soit 100 %.

RÉSECTION ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Le plus jeune opéré est une femme, de Gouilloud (1907), âgée de 20 ans, qui guérit ; le plus âgé, un homme de 50 ans (Delore, 1908), qui mourut de broncho-pneumonie, le 7^e jour.

Le *sexe*, connu dans 7 observations, se répartit ainsi :

Femmes : 6, avec 1 mort, soit 16,66 %.

Hommes : 1, avec 1 mort, soit 100 %.

RÉSECTION ET GASTRO-ANASTOMOSE. — Le plus jeune opéré est une femme de 31 ans (Bakes, 1899) ; le plus âgé, une femme de 40 ans (Jedlicka, 1904).

Le *sexe*, connu dans 3 observations, était féminin. Pas de mort opératoire.

Indications de l'intervention. — La lecture des observations nous montre que le diagnostic exact de la lésion n'est, le plus souvent, fait qu'après l'ouverture de l'abdomen. Pourtant, les données cliniques et l'insufflation ont permis de le porter dans quelques rares cas. Généralement, on intervient à peu près dans les mêmes conditions que pour la sténose du pylore. L'opérateur a la main forcée par l'intensité des troubles d'une affection diagnostiquée ulcère, qui évolue depuis de longues années et qui, subitement, s'aggrave de signes de sténose, avec dilatation et phénomènes généraux tels qu'amaigrissement et cachexie.

La présence d'une tumeur, le plus souvent localisée à gauche de l'ombilic ou à l'épigastre, parfois sous le foie, font suspecter un cancer, hypothèse quelquefois appuyée par l'absence de Hcl libre dans le contenu gastrique et la présence d'acides de fermentation.

Constatations opératoires. — On découvre le plus souvent un ulcère en fer à cheval, de la petite courbure, adhérent ou perforé, en avant, dans le foie, en arrière, dans le pancréas. Quelquefois l'ulcère est situé à la face postérieure et produit là sa virole rétractile. L'ulcère antérieur, adhérent à la paroi abdominale, envahissant même celle-ci, est fréquent. Rarement, il s'agit d'un ulcère de la grande courbure. La lésion est en évolution ou en voie de rétraction. La coexistence d'une sténose pylorique est souvent signalée et exige impérieusement soit une pyloro-gastrectomie large, soit en sus de la résection, la G. E. ou la pylorectomie. La cicatrice, suivant les cas, est médio-gastrique ou encercle irrégulièrement l'estomac, lui constituant tantôt une petite poche pylorique, tantôt une petite poche cardiaque. La coexistence de plusieurs ulcères est notée dans quelques cas, et devient un motif de plus de résection large typique.

Résultats immédiats. — Nos 38 cas de gastrectomie, pour estomac biloculaire, ont donné, en bloc, 7 morts, soit une mortalité de 18,42 %.

Le tableau suivant donnera un aperçu détaillé de la mortalité, suivant l'époque et le genre d'opération (cf. avec le précédent).

	RÉS. CIRC. MÉD. GASTRIQUE	RÉS. ET PLASTIE	RÉS. ET G. E.	RÉS. ET GASTRO- GASTROSTOMIE
1891-1895	1 M— 100 %	—		
1896-1900	—	3 M— 50 %	1 M—	—
1901-1905	1 M—14,28 %		—	—
Depuis 1906	—		1 M—	
TOTAL	2 M—11,11 %	3 M— 37,50 %	2 M— 25 %	

La gastrectomie médio-gastrique donne, on le voit, le chiffre de mortalité le plus bas et inférieur, chose remarquable, à celui de la même opération dans l'ulcère chronique (46,42 %).

Les 7 cas opérés depuis 1906, ont même tous guéri.

La résection et gastro-entérostomie ne compte pas de morts, mais les quatre cas recueillis ne permettent pas encore de se faire une idée de la valeur exacte de l'opération.

Causes de la mort. — Elles se répartissent ainsi :

RÉSECTION MÉDIO-GASTRIQUE. — a) *Péritonite* par perforation d'un ulcère récent (Zeller, 1894).

b) *Broncho-pneumonie*. Mort au 10^e jour (Lambotte, 13 janvier 1905).

RÉSECTION ET PLASTIE. — a) *Pneumonie gangréneuse*. Mort au 9^e jour (Bier, 1897).

b) *Péritonite* par perforation de la suture plastique du pylore (Riedel, 29 janvier 1899).

c) *Collapsus*. Mort en quelques heures (Budinger, 12 décembre 1899).

RÉSECTION ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — a) *Bronchite purulente*. Mort à la fin de l'opération (Riedel, 1898).

b) *Broncho-pneumonie*. Décès le 7^e jour (Delore, 11 septembre 1908).

Complications post-opératoires. — Nos observations restent muettes sur ce point. Hofmeister, seul, signale chez sa malade (excision d'un ulcère calleux formant bissac, avec gastroplastie de la perte de substance, 1er 8 juillet 1895) des suites troublées par un peu d'élévation de la température et quelques phénomènes pulmonaires.

Suites éloignées. — Notre statistique, portant en somme sur des cas récents, on ne trouve que peu de cas de *morts tardives* : deux observations en tout.

1^o RÉSECTION CIRCULAIRE. — Vallas, 15 décembre 1904. — Le malade meurt d'hématémèse, 3 ans 1/2 après l'ablation cylindrique d'un ulcère sténosant médio-gastrique ;

2^o RÉSECTION ET GASTROPLASTIE. — Jaboulay, 1^{er} octobre 1900. — Le malade meurt d'une affection pulmonaire, 3 ans après avoir été opéré.

Résultats définitifs. — RÉSECTION CIRCULAIRE. — Nos 18 opérés ont fourni 2 morts, soit 11,11 %. Seize malades ont donc supporté leur intervention. Les suites éloignées sont connues dans 6 cas. L'un de ceux-ci est mort d'hématémèse, environ 4 ans après l'intervention. Les cinq autres, observés après un délai allant d'un mois à deux ans, se portaient bien et avaient beaucoup engraisé. Le malade de Hartmann, revu après un an, se plaignait cependant encore de petits renvois.

RÉSECTION ET GASTROPLASTIE. — Nos 8 opérés ont fourni 3 morts, soit 37,50 %. Cinq malades ont donc supporté leur intervention. Les suites lointaines sont connues dans 3 cas. L'un est mort trois ans plus tard, guéri de son estomac. Les deux autres, observés respectivement pendant 3 mois et 8 mois, étaient dans une santé excellente.

RÉSECTION ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Nos 8 opérés ont fourni 2 morts, soit 25 %. Sept malades ont donc supporté leur intervention. Les suites lointaines sont connues dans deux cas, observés

respectivement pendant 1 et 8 mois. Tous les deux étaient guéris au point de vue gastrique, bien que l'un (cas de Gersuny) eût subi plusieurs interventions complexes.

RÉSECTION ET GASTRO-GASTROSTOMIE. — Nos 4 opérés n'ont fourni aucune mort opératoire. Un seul malade a été suivi pendant 6 mois : sa santé était parfaite et il avait engraisé de près de 17 kgs.

ULCÈRE HÉMORRHAGIQUE

Nous avons réuni, à titre documentaire, en les tirant de l'ensemble de notre statistique, 37 cas d'ulcère hémorrhagique.

Le tableau suivant indique le genre d'opération employé et sa fréquence respective, suivant l'époque.

	RÉSECTION SIMPLE	RÉSECTION ET G. E.	RÉSECTION ET PYLOROPLASTIE	RÉSECT. CIRC.	RÉSECTION PYLORIQUE	RÉSECTION PYLORIQUE ET G. E.	RÉSECTION ET GASTROPLASTIE
1880-1890	1				1		
1891-1895	2				1	1	
1896-1900	10		2				1
1901-1905	6	4	1			2	
Dep. 1906	2	1		1	1		
TOTAL	21 cas.	5 cas.	3 cas.	1 cas.	3 cas.	3 cas.	1 cas.

Age et sexe des opérés. — RÉSECTION SIMPLE. — Les plus jeunes opérés étaient deux femmes de 21 ans ; les plus âgés, deux hommes de 54 ans : guérison opératoire chez tous.

Le *sexe*, connu dans 30 observations, se répartit ainsi :

Hommes : 7, avec 2 morts, soit 28,57 %.

Femmes : 13, avec 1 mort, soit 7,69 %.

RÉSECTION ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — La plus jeune opérée est une femme de 45 ans. Guérison. — Deux hommes de 48 ans, opérés, ont également guéri.

Le *sexe*, connu dans 4 observations, se répartit ainsi :

Hommes : 2, pas de mortalité.

Femmes : 2, pas de mortalité.

RÉSECTION ET PYLORO-PLASTIE. — Le plus jeune opéré avait 30 ans, il mourut ; une opérée de 46 ans, guérit.

Le *sexe* se répartit ainsi :

Femmes : 2.

Homme : 1, avec mort au 3^e jour.

RÉSECTION CIRCULAIRE. — Notre cas unique, une femme de 51 ans, mourut le 4^e jour.

RÉSECTION DU PYLORE. — Une femme de 37 ans, guérit ; un homme de 47 ans, mourut.

Le *sexe* se répartit ainsi :

Femmes : 2.

Homme : 1, avec mort au 4^e jour.

PYLORECTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Une opérée de 32 ans, mourut de péritonite ; un opéré de 39 ans, guérit.

Le *sexe* se répartit ainsi :

Hommes : 2.

Femmes : 1, avec mort au 10^e jour.

RYSECTION ET GASTROPLASTIE. — Notre cas unique concerne une femme de 38 ans, opérée par Budinger : elle mourut.

Indications de l'intervention. — Dans beaucoup d'observations, on note à une époque plus ou moins récente de l'histoire du malade, des hémorrhagies se manifestant par des hématomèses ou des melæna. Mais cet incident banal n'a aucune suite. Dans nos observations d'ulcère hémorrhagique, au contraire, l'hémorrhagie domine tout le tableau clinique, soit qu'elle révèle d'emblée, chez un individu jusqu'ici considéré comme sain, un ulcère en évolution, soit qu'elle se manifeste chez un malade depuis longtemps fixé sur

son affection. Presque toujours, on intervient, parce que des hématomèses abondantes, répétées et récentes ont provoqué une anémie grave : le malade est en état de collapsus ou voisin de cet état. Quelquefois aussi, des hématomèses peu abondantes, mais fréquentes, font craindre tout autant pour la vie du malade. Le traitement médical est toujours essayé dans toute sa rigueur, et son inefficacité livre la place au chirurgien.

Constatations opératoires. — On rencontre plus souvent un ulcère aigu qu'un ulcère chronique ou calleux. Le siège de l'ulcère est parfois fort difficile à découvrir, car la lésion n'a pas toujours des caractères anatomiques classiques : une teinte ecchymotique de la muqueuse, une érosion en coup d'ongle manifestent souvent seules sa présence. Plus fréquemment, on trouve une branche d'un vaisseau béant, quelquefois oblitéré, dans le fond de l'ulcération.

Une exploration méthodique de l'estomac est nécessaire et n'est pas facilitée par la présence du sang. Il faut une technique spéciale, que nous n'avons pas à décrire ici. L'ulcère siège avec prédilection au niveau ou dans le voisinage des orifices (pylore ou cardia, pylore principalement). On le rencontre aussi au niveau des faces et des courbures, la petite, surtout.

Les artères les plus souvent intéressées ont été, dans nos cas, la coronaire stomachique, à droite et à gauche, et les gastro-épiploïques.

Résultats immédiats. — Nos 37 cas de gastrectomie pour ulcère hémorragique, ont donné, en bloc, 8 morts, soit 21,62 %.

Le tableau suivant (cf. avec le précédent), donnera un aperçu détaillé, suivant l'époque et le genre d'opération.

Aperçu détaillé suivant l'époque et le genre d'opération.

	RÉSECTION SIMPLE	RÉSECTION ET G. E.	RÉSECTION et PYLOROPLASTIE	RÉSECTION CIRCULAIRE	RÉSECTION PYLORIQUE	RÉSECTION PYLORIQUE ET G. E.	RÉSECTION et GASTROPLASTIE
1880-1890	1 M— 100 %				—		
1891-1895	—				1 M— 100 %	1 M— 100 %	
1896-1900	1 M— 10 %		—				1 M— 100 %
1901-1905	1 M— 16,6 %	—	1 M— 100 %			—	
Depuis 1906	—	—		1 M— 100 %	—		
TOTAL	3 M— 14,28 %	—	1 M— 33,3 %	1 M— 100 %	1 M— 33,3 %	1 M— 33,3 %	1 M— 100 %

La mortalité, comme il fallait s'y attendre, devient plus élevée, dans chacune des opérations, dès que le facteur hémorrhagie intervient. Notons cependant que des cinq malades, qui avaient subi la résection et la gastro-entérostomie, aucun n'a succombé.

Causes de la mort. — Elles sont les suivantes :

RÉSECTION SIMPLE. — a) *Collapsus*. Mort quelques minutes après l'intervention (Eiselsberg, 1880).

b) *Parotidite suppurée*. Décès le 19^e jour (Mansell-Moullin, 1900).

c) *OEdème pulmonaire*. Décès le 5^e jour (J.-L. Faure, 1903).

RÉSECTION ET PYLOROPLASTIE. — *Pneumonie*. Décès le 3^e jour (Czerny, 1901).

RÉSECTION CIRCULAIRE. — *Pneumonie*. Décès le 4^e jour (Hartmann, 1909).

PYLORECTOMIE. — *Cause inconnue*, malgré autopsie. Décès le 4^e jour (J.-W. Elliott, 1897).

PYLORECTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — *Péritonite*. Décès le 10^e jour. Béance des sutures de l'anastomose gastro-intestinale (Ettlinger, 1898).

RÉSECTION PARTIELLE ET GASTROPLASTIE. — *Collapsus*. Mort au bout de quelques heures. L'ulcère avait formé biloculation (Budinger, 1899).

Complications immédiates. — Nous ne trouvons, mentionnés dans nos observations, outre le *collapsus* (Schloffer, 1905), que trois cas de *parotidite*, signalés, tous après la RÉSECTION SIMPLE, par Mansell-Moullin (1900), Buck et Blumer (1903). Cette complication apparaissait vers le 13^e jour ; une fois, la seconde parotide se prit au 18^e jour.

Résultats éloignés. — RÉSECTION SIMPLE. — Nous avons vu que nos 21 opérés avaient fourni 3 morts, soit 14,28 %. 18 malades ont donc supporté leur intervention. Les suites éloignées sont connues dans 8 cas. Elles sont excellentes chez quatre malades observés pendant un délai de 2 mois à 3 ans ; médiocres chez quatre autres. Les hémorrhagies, à la vérité, ont toujours cessé, mais des

signes de sténose ont apparu plus ou moins tard, dus tantôt à des adhérences nouvelles, tantôt à un rétrécissement cicatriciel de la zone d'excision. Dans trois de ces cas, la G. E. leva tous les troubles.

RÉSECTION ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Nos cinq cas n'ont fourni aucune mort opératoire. Les suites éloignées ne sont connues que dans deux cas : l'un mourut, sept ans plus tard, de tuberculose pulmonaire ; l'autre (Tuffier, 1907), eut un ulcère du duodénum, 14 mois plus tard, pour lequel fut pratiquée une G. E. avec exclusion unilatérale du pylore.

RÉSECTION ET PYLOROPLASTIE. — Nos 3 cas ont fourni une mort opératoire, soit 33,3 %. Les suites éloignées sont inconnues.

RÉSECTION MÉDIO-GASTRIQUE. — Notre cas unique mourut.

PYLORECTOMIE SIMPLE. — Nos 3 cas ont fourni une mort opératoire, soit 33,3 %. Les suites éloignées sont connues seulement dans le cas ancien de Van Kleeft (1882) : elles sont médiocres. Il fallut faire des lavages et prescrire un régime sévère.

PYLORECTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Nos 3 cas fournirent une mort opératoire, soit 33,3 %. Les suites éloignées sont connues dans les deux autres cas. Elles sont excellentes (l'un a été revu 5 mois après ; l'autre, 3 ans après l'intervention).

RÉSECTION ET GASTROPLASTIE. — Il s'agissait d'un cas d'ulcère hémorragique, compliqué de biloculation gastrique. Il mourut, de collapsus, quelques heures après l'opération.

CONCLUSIONS

1° Le traitement de l'ulcère de l'estomac est d'ordre médical, mais lorsque les troubles ordinaires ne cèdent pas après un traitement médical prolongé, le chirurgien doit intervenir ;

2° Quelle que soit la méthode employée (gastrectomie, gastro-entérostomie, pyloroplastie), le traitement chirurgical présente un assez grand nombre d'insuccès, tant opératoires que tardifs. Un traitement médical est nécessaire après toute intervention et sera suivi longtemps ;

3° La résection de l'ulcère offre incontestablement des dangers immédiats plus considérables que les procédés palliatifs, mais les résultats éloignés sont meilleurs et comprennent moins de récidives ou de complications.

Une sélection meilleure des cas fera abaisser la mortalité, l'opération n'ayant été que trop souvent tentée seulement dans des cas désespérés ou fortement suspects de cancer ;

4° L'ulcère calleux, considéré par beaucoup d'auteurs, comme très suspect de cancer, est surtout justiciable de la gastrectomie. Sa localisation fréquent au corps de l'estomac paraît faire un procédé d'avenir de la gastrectomie typique médio-gastrique. Cette opération nécessite une certaine conservation des forces et un bon état pulmonaire ;

5° Dans les cas d'ulcère simple, non accompagné d'hyperacidité, ni de sténose pylorique, avec emplacement facilement accessible, l'excision simple peut être tentée. Il vaut mieux, dans tous les cas, ajouter la gastro-entérostomie : cette association diminue même les dangers de l'intervention. La pyloroplastie est à rejeter ;

6° Le siège de l'ulcère a de l'importance : extrapylorique, il exige, le plus souvent, l'intervention radicale ; pylorique, la gastro-entérostomie le dispute à la gastrectomie, sauf lorsque le cancer est à craindre. La gastro-entérostomie, dans certains cas est un pis aller, quand aucun procédé radical ne peut être mis en œuvre ;

7° Le symptôme hémorragie aiguë, même grave, ne justifie pas l'intervention chirurgicale. Le traitement expectatif est toujours moins dangereux. La gastrectomie, par contre, peut-être opposée à l'ulcère hémorragique chronique ;

8° La sténose pylorique cicatricielle exige impérieusement une opération ; la gastro-entérostomie, beaucoup plus bénigne que la pylorotomie, paraît suffire aux indications ;

9° La résection médio-gastrique, quand elle est possible, sera tentée dans l'estomac biloculaire, par par ulcère calleux, surtout si l'estomac n'est pas fixé par des adhérences.

Vu :

Le Président de la Thèse,
HARTMANN.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Pr Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

NOTA. — Des études fort importantes sont souvent jointes par les auteurs à la publication de leurs observations ; le lecteur est prié de s'adresser aux références bibliographiques, que nous avons annexées au tableau de ces observations.

Anschuetz. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1906, p. 305.

Bakes. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 76.

Bamberger. *Die innere und die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs und ihre Erfolge.* Berlin, Springer, 1909.

Bircher. *Beitrag z. Magenchw. und z. Technik d. Gastroanostomose*, *Arch. f. klin. Chir.*, 1908, t. 85.

Borszeky (Carl). *Die chirurgische Behandlung des peptischen Magen- und Duodenalgeschwürs und seiner Komplikationen und die damit erreichten Endresultate.* *Beitr. z. klin. Chir.*, t. 57, 1908.

Brenner. G. E. ou résection dans l'ulcère calleux de l'estomac. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 78, 1905, p. 607.

Braun. *Deutsch. med. Wochenschrift.*, 8, 1908.

Bréchet. *Contribution à l'étude de la pylorectomie. La gastro-duodéno entérostomie.* Thèse Paris, 1909.

Busch. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 90, 1909.

Cackovic. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 69, p. 3.

Cameron. *Brit. Med. Journ.*, 1908, p. 140.

Carless. *The Lancet*, 1900.

Chalier. *Lyon Médical*, 1^{er} avril 1912.

Chapt. *Perforation de l'ulcère simple de l'estomac.* Thèse Paris, 1905.

Clairmont. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, t. XX et *Arch. f. klin. Chir.*, t. 76.

Comte (J.-R). *Trait. chir. de l'ulcère rond de l'est.* *Semaine Méd.*, 1895, p. 397.

Czerny. *Beitrag z. operativen Chirurgie*, Stuttgart, 1878, p. 93.

Congrès (Premier) de la Soc. inter. de Chir., Bruxelles, 1905 (MONPROFIT, MAYO-ROBSON, ROTGANS, MATTOLI, V. EISELSBERG, RICARD).

Deanesly. *The Lancet*, 20 août 1910, p. 554.

- Deaver (J.-B.).** *Annals of Surgery*, 1908, p. 894.
- Delbet.** *Rev. de la Soc. de Chir.*, 1907 et 1908.
- Delore et Alamartine.** *Rev. de Chirurg.*, III, 1909.
- Denéchau.** *Les suites éloignées de la G. E. Syndrome dyspeptique secondaire de la G. E.* Thèse Paris, 1907.
- Dieulafoy.** *Path. int.*, Masson, 1908, t. II.
- Donati (Mario).** *Chirurgia dell' ulcera gastrica e dei postumi della medesima.* Rinck, Torino, 1905.
- Fick.** *Arch. f. klin. Chir.*, t. 63.
- Fleiner.** *Berl. klin. Wochenschrift*, 1902.
- Fournier.** *Lyon Médic.*, 17 janv. 1897.
- Gaudemet.** *Interv. chirurg. dans l'ulc. non perforé de l'est.* Thèse Paris, 1906.
- Gilli.** *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*; t. 18, 1907.
- Graf.** *Dtsche Zeitschrift f. Chir.*, t. 90, 1907, p. 365.
- Graser.** *Verhand. d. Deuts. Chir.*, Kongress, 1906.
- Gray.** *The Lancet*, 21, IX, 1908.
- Gosset.** *Art. Ulcère (Trait. chirur. de). Pratique médico-chirurg.*, Edit., 1912.
— *Rev. de Chirurgie*, 1906.
- Guibé.** *Journ. de Chir.*, avril 1908, p. 1.
- Guinard.** *Affect. chirurg. de l'abdomen. Tr. de chir.* LE DENTU-DELBET, t. XXIV.
- Gussenbauer.** *Arch. f. klin. Chir.*, 1876, t. 19, p. 347.
- Haberkant.** Ueber die jetzt erzielten unmittelbaren und weiteren Erfolge der verschiedenen Operationen am Magen. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 51, 1896.
- Hartmann.** *Art. Estomac in Traité de Chirurgie DUPLAY-RECLUS*, 2^e édit.
— Résultats et indications du trait. chirurg. dans les affect. non néop. de l'est. 18^e Cong. de Chir., 1902.
— *Travaux de chir. anatomo clinique.* Paris, 1903.
- Hartmann et Lecène.** *Soc. anatomique*, 1903.
- Hayem.** *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. 39, 1898.
— *Presse méd.*, 1901.
— *Trait. chirurg. de l'ulc. non compliqué de l'est.* *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1903, p. 467.
- Heile.** Ueber die chir. Behandlung des Magenleiden und seine Folgezustände. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1909, p. 2285.
- Heinsheimer.** *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1891, t. I.
- Hoche.** *Presse méd.*, 1901.
- Hochenegg.** G. E. oder Resection bei Ulcus Ventriculi? *Wien. klin. Wochenschrift*, t. 23, N^o 52-54.
- Hofman.** *Beitr. z. klin. Chir.*, t. 50, 1907.
- Hofmeister.** *Beitr. z. klin. Chir.*, 1896, t. 15, p. 351.
- Jedlicka.** *Zur operat. Behandl. d. Magengeschwürs.* Prag., 1904.
- Jeset.** *The Lancet*, 1901.

- Jonas.** *Arch. f. Verdauungs-Krank.*, t. 14, p. 636.
- Kaensche.** Untersuchungen ub. das funktionnelle Result. von Operat. am Magen *Deut. Med. Wochenschrift*, 1892, No 49.
- Kaiser.** *Beitrag z. d. Operationen am Magen.*, Stuttgart, 1878.
- Kausch.** *Handbuch der prakt. Chir.* Von BERGMANN u. v. BRUNS', t. 3, 1907.
- Katzenstein.** *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1907, No 3 et 4.
- Kelling.** *Verhandl. des 25 Chirurgen Congress*, 1900.
- Kindl.** *Bruns' Beiträge*, t. 63. 1909, p. 19.
- Körte.** *Arch. f. klin. Chir.*, t. 63, 1901.
- Kreuzer.** Die chir. Behandl. des runden Magengeschwürs u. seine Folgezustände an der Krönleinschen Klinik in Zurich in den Jahren, 1887-1904. *Beiträge z. klin. Chir.*, t. 49, p. 380.
- Krogius.** *Arch. f. klin. Chir.*, t. 75, 1905.
- Krönlein.** *Arch. f. klin. Chir.*, t. 79, 1906.
- *Verh. d. D. Gesellschaft f. Chir.*, 1906.
- Kümmel.** XXXV^e (1906) et XL^e (1912) *Congrès de chirurgie à Berlin.*
- Küssmaul.** *Deutsches Archiv f. klin. Med.*, t. 6, p. 485.
- Leube.** XXVI^e *Congrès de chirurgie allemande.*
- Lauenstein.** *Arch. f. klin. Chir.*, t. 10, V. 1909.
- Lambotte.** *La clinique* (de Bruxelles), 14 juin et 28 juin 1904.
- Lieblein (V.).** *Deutsche Chirurgie*, t. 46, C, 1905 (précédé d'une bonne bibliographie).
- Lion et Moreau.** *Rev. de Chirurgie*, 10, V. 1909.
- Leriche (Desiré).** *Contribution à l'étude de l'ulcère hémorrhag. et son traitement.* Paris, 1907.
- Leriche (René).** Sur le trait. chir. de l'ulcère calleux pénétrant de l'estomac. *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, Paris, 1906, X, p. 247.
- Legueu.** *Chirur. de l'ulc. de l'est. in Leçons de clinique chirurg.*, Paris, Alcan, 1902.
- Lembert.** *Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques.* Article sur l'entérorraphie.
- Mayer.** *Bruns' Beiträge*, t. 61, 1908.
- Mansell-Moulin (C-W.).** Operation for chronic gastric ulcer of the stomach. *The Lancet*, 27 déc. 1902, p. 1749.
- The surgical treatment of chronic gastric ulcer. *Brit. Med. Journ.*, 17 oct. 1903, p. 984.
- Marion.** *De l'intervent. chirurg. dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac.* Thèse Paris, 1897.
- Martin.** *Mill. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, t. III, supp. 1907.
- Mathieu.** *Semaine médicale*, 1897.
- *Traité de méd.* CHARCOT-BOUCHARD, t. IV, p. 281.
- Matti.** *Deuts. Zeitschrift f. Chir.*, t. 77, 1905.
- Mayo (W.-J.).** A study of gastrics and duodenal ulcers. *Annals of Surgery.* t. 47, 1908, p. 885.

- Mayo (W.-J.).** *Annals of Surgery*, 1910, p. 797.
- Moynihan.** *Brit. Med. J.*, 1904, 20, II.
- Surgical treatment of ulcer of the stomach and its complications. *Brit. Med. Journ.*, 8 avril 1905, p. 753.
- *Brit. Med. Journ.*, 3, IV, 1909.
- Monprofit.** *La gastrectomie. Histoire et méthodes opératoires.* Paris, 1908, J. Rousset.
- Nötzel.** *Beiträge z. klin. Chir.*, 1906, t. 51.
- Neuhaus.** *Sammlung klin. Vortr. v. WOLKMANN*, N° 486, 1908.
- Neuweiler.** *Langenbeck's Arch.*, t. 69.
- Oettinger.** *Sem. méd.*, 1903.
- Parker (Rushton).** Operation for gastric ulcer, acute and chronic. *Brit. Med. Journ.*, 29 nov. 1902, p. 1703.
- Paterson.** *The Lancet*, 21, IX, 1907.
- Payr.** *Archiv f. klin. Chir.*, t. 93, p. 481.
- Zur operativen Behandl. des runden Magengeschwürs. *Wien klin. Wochenschrift*, 1910, t. 23, N° 9, p. 310.
- Die chirurg. Behand. des runden Magengeschwürs und deren Indikationen. *Deutsche Klinik*, 1909.
- Über Pathogenese, Indikationstellung und Therapie des runden Magengeschwürs. *Deutsch. med. Woch.*, 1909, N° 36-37.
- Beiträge zur Pathogenese, pathologischen Anatomie und radicalen Therapie des runden Magengeschwürs, *Deutsch. Gesellschaft f. Chir.*, t. 39, 1910, p. 640.
- Petersen et Machol.** *Beiträge z. klin. Chir.*, t. 33, 1902, p. 297.
- Riedel.** Ulcus der kleinen Curvatur, der vorderen und der hinteren Magenschwand. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 74, 1904, p. 773.
- Die Entfernung des mittleren Abschnittes vom Magen wegen Geschwür. *Deut. Mediz. Wochenschrift*, 1909 (1 et 2).
- Rencki.** Über die funktionellen Ergebnisse nach Operationen am Magen bei Ulcus und gutartigen Stenose. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1901.
- Robson (Mayo).** The Surgery of the Stomach. *The Lancet*, I, 1900, 10 mars, p. 680.
- The surgical treatment of chronic ulcer of the stomach. *The Lancet*, 1901, I, 25 mai, p. 1453.
- *Brit. Med. Journal*, 1911, VII, 1005.
- Rodman (W.).** *Philadelphia Med. Journ.*, 9 juin 1900, p. 1302.
- Excision of the ulcer bearing area in gastric ulcer. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1904, N° 43, p. 801.
- Fréquence de la transformation en cancer de l'ulcère. *Annals of Surgery*, 1908, p. 923.
- Rivière (Gilbert).** *De la valeur de la G. E. ou de la résection dans l'ulcère non compliqué de l'estomac.* Thèse Lyon, 1906.
- Rosenberg.** *Arch. f. d. gesamte Physiologie*, t. 73.

- Rosenheim.** *Deutsch. med. Woch.*, 1895.
— *Verein f. Innere Med.*, 1909, 5, VI.
Rubritius. *Verh. d. Deuts. Gesells. f. Chir.*, 1908.
Rydygier. *Deutsche Ztschrft f. Chir.*, t. 58, 1901, p. 214.
— *Berl. klin. Woch.*, N° 37, 1906.
Savariaud. *De l'ulcère hémorrh. et de son traitement chir.* Thèse Paris, 1908.
Saverot (Paul). *Le cancer de l'est. à évol. lente. L'ulcus rodeus gastrique*
(Thèse Lyon, 1906).
Sherreu. Clinical Society of London. *The Lancet*, mai 1907, p. 1362.
Shoemaker. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. Chir.*, t. 72, p. 719.
Schönholzer. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1903.
Schloffer. *Beiträge z. klin. Chir.*, t. 32.
Schwarz. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1900, t. 5.
Soupault. *Traité des malad. de l'est.* Baillière, 1906, p. 375.
Spriggs. *Brit. Med. Journ.*, 13, III, 1909.
Stich. *Beiträge z. klin. Chir.*, 1903, t. 40.
Stiller. *Arch. f. Verdauungs Krank.*, t. 66, p. 2.
Tapret. *Union méd.*, 1891, p. 241.
Tisserand. *Les gastrectomies partielles non orificielles.* Thèse Lyon, 1905.
Terrier et Hartmann. *Chir. de l'estomac.* Paris, 1898.
Thomson (Alexis). The diagnosis and treatement of chronic ulcer of the
stomach and duodenum. *Br t. Med. Journ.*, 13 mars 1909, p. 648.
Tuffier. *Gazette des hôpitaux*, 1905, N° 55.
Tuffier et Jenane. *Rev. de chirurgie*, 1905.
Veyrassat. *Rev. de chir.*, 1908, p. 264.
Warnecke (Fr.). Dissertation. Göttingen, 1903.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I ^{er} . — Historique	9
CHAPITRE II. — Les divers procédés de gastrectomie et leur application dans l'ulcère en évolution et l'ulcère cicatrisé. — L'ulcère calleux ..	43
CHAPITRE III. — La résection dans l'ulcère chronique. — Partisans et adversaires de la méthode. — Conduite des divers chirurgiens..	22
CHAPITRE IV. — La résection dans l'ulcère hémorragique.....	68
CHAPITRE V. — La résection dans la sténose cicatricielle du pylore.	74
CHAPITRE VI. — La résection dans l'estomac biloculaire.....	78
OBSERVATIONS.....	153
CHAPITRE VII. — Résultats immédiats et éloignés de la gastrectomie dans l'ulcère et ses suites.....	173
CONCLUSIONS	203
BIBLIOGRAPHIE.....	205
